

ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ ЧУВАШИИ

**Материалы
научно-практической
конференции**

Чебоксары 2010

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер»
ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»
Чувашская Ассоциация психиатров, наркологов и психотерапевтов

ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ ЧУВАШИИ

Материалы научно-практической конференции

Чебоксары 2010

УДК 616.89

Ч 27

Редакционная коллегия: М.А. Чепурной, канд. мед. наук,
доцент И.Е. Булыгина, С.Д. Федорова

Четверть века наркологической службе Чувашии: материалы научно-практической конференции. Чебоксары, 2010. 164 с.

Материалы посвящены разным аспектам наркологии. Представлены результаты исследований специалистов Барнаула, Израиля, Ижевска, Казани, Кирова, Москвы, Новокузнецка, Перми, Ульяновска, Ярославля, Чебоксар и Чувашской Республики.

Для наркологов, психиатров, психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов. Работы публикуются в авторской редакции.

Научный редактор профессор А.В. Голенков

УДК 616.89

© Коллектив авторов, 2010

СТАТЬИ

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА (к юбилею Республиканского наркологического диспансера)

И.Е. Булыгина

Чувашский госуниверситет им И.Н. Ульянова, Чебоксары

Наркология, которая в последние два десятилетия двадцатого века выделилась из психиатрии как самостоятельная дисциплина, в отечественной медицине представляет собой одну из молодых специальностей. Объектом деятельности этой очень важной и социально значимой дисциплины является диагностика, лечение, реабилитация, а также профилактика наркологической патологии, которая в рамках международной классификации болезней 10 пересмотра рассматривается в рубрике «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ». Несмотря на то, что наркологические заболевания являются процессуальными психическими расстройствами биопсихосоциального генеза в обществе, в том числе среди медицинской общественности, существует мнение, что эти заболевания – результат действий самого человека, его распущенности, вследствие чего наблюдается крайне высокая стигматизация данной категории больных.

25-летняя история становления наркологической службы свидетельствует, что её уровень, материально-технический и кадровый ресурс в основном зависит от общественно-политической ситуации в стране и размаха проводимой государственными структурами антиалкогольной и антинаркотической политики. Именно от существующей в стране концепции государственной антинаркотической и алкогольной политики формируются общественное мнение о природе и характере наркологической патологии, о допустимости или полном отказе от потребления психоактивных веществ, отношение к больным наркологического профиля.

Точкой отсчета становления самостоятельной наркологической службы и выделения её из психиатрии является 1985 г., когда Президиум Верховного Совета СССР издал Указ «Об уси-

лении борьбы с пьянством». Данный Указ определил мероприятия по усилению борьбы с пьянством на производстве и в общественных местах, решительному пресечению самогонварения, дальнейшему укреплению общественного порядка и трудовой дисциплины. Следующим шагом по стабилизации ситуации, связанной с потреблением алкоголя, являлось принятие Советом Министров СССР Постановление от 7 мая 1985 г. №410 «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения». В соответствии с ним Министерству здравоохранения СССР и Советам Министров республик было дано задание: определить дифференцированные (с учетом местных условий) нормативы обеспеченности наркологическими койками, разработать перспективный план размещения данных коек, обратив особое внимание на организацию в составе наркологических больниц и диспансеров наркологических отделений при промышленных предприятиях. Кроме того, данным Постановлением регламентировалось развертывание хозрасчетных наркологических кабинетов и амбулаторий для оказания профилактической, в том числе и анонимной помощи, создание кабинетов с режимом круглосуточной работы для освидетельствования на состояние опьянения. В 1985 г. впервые в аппарат министерств здравоохранения союзных и автономных республик введена должность главного внештатного психиатра-нарколога. В этот же период организовано Всесоюзное добровольное общество борьбы за трезвость. Профилактическая работа, направленная на создание негативного отношения к потреблению алкогольных напитков, в этот период актуализирована: создаются университеты здоровья, постоянно действующие курсы по противоалкогольной пропаганде, большим тиражом издаются материалы профилактической направленности. Особое внимание уделялось формированию кадрового потенциала новой службы. В 1986 г. организована интернатура по наркологии с объемом подготовки не менее 600 врачей психиатров-наркологов в год с увеличением их количества к 1990 г. до 1000 человек. В этот же период организованы кафедры наркологии в ряде институтов усовершенствования врачей, кафедра психотерапии ЦОЛИУВа реорганизована в кафедру психотерапии и наркологии. На базе Всесоюзного научно-исследовательского института общей и судеб-

ной психиатрии им. В.П. Сербского организован Всесоюзный научно-исследовательский центр по медико-биологическим проблемам профилактики пьянства и алкоголизма. Исполняющим обязанности директора данного института был назначен академик Г.В. Морозов. В последующем на основании приказа Министерства здравоохранения СССР от 04.08.1986 г. директором Всесоюзного научно-исследовательского центра по медико-биологическим проблемам профилактики пьянства и алкоголизма Министерства здравоохранения СССР был назначен д.м.н., профессор Н.Н. Иванец. В 1987 г. данный центр был переименован во Всесоюзный научный центр наркологии Минздрава СССР, в 2004 г. – переименован в Федеральное государственное учреждение «Национальный научный центр наркологии» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. До 2010 г. данным Центром руководил член-кор. РАМН, заслуженный деятель науки РФ, профессор Н.Н. Иванец. В настоящее время данный институт возглавляет д.м.н., профессор Е.А. Кошкина.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения СССР от 25 июня 1985 г. №850 «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» утверждено задание на организацию межрайонных наркологических диспансеров в сельской местности, развертывание специальных наркологических отделений для принудительного лечения больных хроническим алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и хозрасчетных наркологических кабинетов, а также примерный перечень медицинского оборудования, необходимого для оснащения наркологических отделений и кабинетов, план мероприятий по антиалкогольной пропаганде среди населения СССР на 1985-1990 гг.

В нашей республике во исполнение Постановления Совета Министров РСФСР от 23 июня 1985 г. №273 «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения», приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 16 июля 1985 г. №556 и распоряжения Совета Министров Чувашской АССР от 19 августа 1985 г. №645-р, приказа Министерства здравоохранения Чувашской АССР от 26 августа 1985 г. №450 1 сентября 1985 г. был открыт Республиканский наркологический диспансер. Главным врачом был назначен В.Н. Захаров, глав-

ным фельдшером Ю.И. Иванов. В.Н. Захаров с 1976 по 2004 г. являлся внештатным главным наркологом Министерства здравоохранения ЧР. Диспансеру было выделено помещение управления строительного треста №5, которое располагалось по адресу г. Чебоксары, Марпосадское шоссе, д.1. При диспансере были открыты: организационно-методический отдел, кабинет для анонимного лечения, кабинет для экспертизы алкогольного опьянения, подростковый наркологический кабинет, кабинет для антиалкогольной пропаганды среди подростков. При диспансере функционировали два отделения: первое наркологическое отделение (бывшее наркологическое отделение Республиканской психиатрической больницы на 75 коек – заведующая отделением Г.И. Меньшикова, старшая медсестра М.В. Козлова, в последующем Н.Н. Хлебникова) и второе (заведующий отделением С.И. Лисов, старшая медицинская сестра Л.В. Ржанова). В 1987 г. под наркологический диспансер было выделено старое здание кожно-венерологического диспансера. В 1988 г. открылось отделение для лечения острых алкогольных психозов (зав. И.Е. Булыгина, старшая медсестра Ф.И. Чащина).

Таким образом, в республике в 1985 г. структура наркологической службы была представлена тремя межрайонными наркологическими диспансерами в городах Новочебоксарск, Шумерля, Урмарском районе и ведущим организационно-методическим и лечебно-диагностическим учреждением – Республиканским наркологическим диспансером. Диспансер оказывал как амбулаторную, так и стационарную наркологическую помощь населению не только города, но и всей республики. В этот период, наиболее сложный для становления новой службы, особенно остро стоял кадровый вопрос, так как было всего три нарколога, имеющих базовую подготовку по психиатрии: В.Н. Захаров, В.М. Кириллина, Г.И. Меньшикова, а также один специалист с базовой подготовкой по неврологии – В.Е. Иванов. В 1985 г. для работы в амбулаторное отделение Республиканского наркологического диспансера были направлены молодые врачи, прошедшие интернатуру по терапии: А.П. Андреева (в настоящее время заведующая реабилитационным отделением, врач психиатр-нарколог высшей категории), Т.В. Полтева (заместитель главного врача по медицинской части), Л.В. Григорьева и

М.А. Уханова (врачи психиатры-наркологи высшей категории). В 1986 г. после прохождения интернатуры по психиатрии в диспансер пришла И.Э. Мутикова, которая в настоящее время является заведующей диспансерного отделения, имеет высшую врачебную категорию.

С ними на приеме амбулаторных наркологических больных работали медицинские сестры Л.С. Терец, Р.И. Ефимова, Т.Н.Федорова, Н.А. Гундорина, В.П. Ермакова. Врачом, ответственным за работу с детско-подростковым населением, была назначена врач М.А. Уханова, совместно прием с ней вела медицинская сестра Ф.И. Чашина.

Первой заведующей ОМКО была Н.Ф. Кудряшова, в структуре данного подразделения работали медсестры В.М. Фалина, З.И. Федорова. За антиалкогольную профилактику отвечала врач С.Р. Сорокина (медицинская сестра – А.Н. Родионова). Из-за сложности наркологической патологии без грамотных консультантов очень трудно было строить грамотный лечебно-диагностический процесс. Эту задачу помогали решать опытные консультанты – врач-невропатолог К.В. Науменко и врач-терапевт В.В. Карпова.

Именно в этот период была сформирована морально-психологическая атмосфера, направленная на негативное отношение к пьянству. Она оказала позитивное влияние на тех, у кого потребление спиртных напитков было связано с необходимостью следовать нормам и традициям потребления спиртных напитков, что заметно уменьшило частоту и дозы алкоголя среди умеренных потребителей алкоголя. В данной атмосфере все для большего количества людей появлялась мотивация на воздержание от алкоголя, что, безусловно, способствовало уменьшению вероятности появления новых пьяниц и зависимых от алкоголя людей.

Таким образом, в 1985-1987 гг. в учреждениях здравоохранения проделана колоссальная работа по созданию новой организационной структуры – наркологической службы и совершенствованию наркологической помощи населению. В стране сеть наркологических учреждений выросла более чем в четыре раза, число наркологических коек увеличилось на 1/3, кадровый потенциал службы вырос более чем на 80%. Расширилась структу-

ра наркологической службы, в ней появились новые функциональные звенья: межрайонные наркологические диспансеры, кабинеты анонимного лечения, в том числе и на хозрасчетной основе, экспертизы алкогольного опьянения, подростковые, антиалкогольной пропаганды и профилактической работы на предприятиях. К сожалению, несмотря на расширение сети наркологической помощи, финансирование, выделяемое на становление новой службы, было более чем ограниченное. Большинство отделений было открыто в приспособленных помещениях, не соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, отмечался недостаточный уровень подготовки специалистов и несовершенство структуры наркологических учреждений с преобладанием «промышленного» сектора. Так, и в нашей республике анонимное отделение располагалось в полуподвальном помещении, в котором ранее функционировала детская стоматологическая служба, а под головное учреждение было передано здание бывшего кожно-венерологического диспансера, которое эксплуатировалось с 1958 г. и требовало капитального ремонта. Но, несмотря на все сложности организационно-хозяйственного порядка, служба в республике уверенно развивалась, внедрялись технологии лечебно-реабилитационного процесса, совершенствовалась система межведомственного взаимодействия. Специалистами Республиканского наркологического диспансера в это время проводилась большая работа по раннему выявлению злоупотребляющих алкоголем и привлечению их к лечению. Необходимо отметить высокий уровень организационно-методической работы, направленной на совершенствование наркологической помощи в сельских районах республики. За каждым врачом диспансера было закреплено кураторство наркологической службы районов республики для выработки единой стратегии антиалкогольной превенции всех административных и общественных организаций в районе. Кроме того, врачи оказывали организационно-методическую помощь всем службам района в проведении профилактических мероприятий, семинаров, заседаний антиалкогольных комиссий. В районах проходило обучение педагогов, общественности, читались лекции для подростков, рабочих, служащих, работников сельского хозяйства, организовывались вечера вопросов и ответов, показ кинофильмов на

антиалкогольную тему. Во время выездов оказывалась консультативная помощь населению района, проводились показательные сеансы лечения, экспертизы, велись совместно с сотрудниками милиции приемы на общественных пунктах, медвытрезвителях. Активно велась работа по созданию фельдшерских наркологических пунктов. Врачи-кураторы совместно с администрацией районов ежеквартально отчитывались на совещаниях комиссий по профилактике пьянства и алкоголизма. В этот период организовались клубы трезвости, функционировали устойчивые психотерапевтические группы, использовались психотерапевтические технологии, направленные на формирование установок на отказ от алкоголя, внедрялись элементы семейной психотерапии.

В результате активизации всех субъектов профилактики под наблюдением наркологической службы оказалось 32 255 человек. Был установлен жесткий контроль за соблюдением трезвости на производстве, на предприятиях организовывались наркологические посты, функционировали фельдшерские наркологические пункты, где вели прием закрепленные за данным производством психиатры-наркологи Республиканского наркологического диспансера. Так, на приборостроительном заводе консультативный прием вела врач психиатр-нарколог В.М. Кириллина, фельдшер О.Н. Орлова, на хлопчатобумажном комбинате – фельдшер В.Н. Любимова, В.Г. Трифионов, А.А. Фенькин, на ЧЗПТ – А.В. Краснова, фельдшер Т.П. Макарова. Положительным результатом работы явилось снижение уровня алкогольных психозов – основного индикатора алкогольного неблагополучия в популяции – с 21,1 в 1983 г. до 19,1 в 1985 г. на 100 тыс. населения, а также увеличился охват населения превентивной наркологической помощью.

В 1991-1992 гг. наркологическая служба подверглась серьезным испытаниям. В связи с резким дефицитом бюджета здравоохранения и изменениями в государственной антиалкогольной и антинаркотической политике службе пришлось сократить ряд своих функциональных звеньев. Сокращение ассигнований на содержание наркологической службы составило не более 30% бюджета, что неизбежно влекло к «ликвидационным» мерам. В этот период закрывались фельдшерские наркологические

пункты на промышленных предприятиях, которые содержались за счет бюджета здравоохранения, число штатных медицинских сестер социальной помощи сокращалось до 0,5 ставки на врачебный участок, ликвидировались койки на промышленных предприятиях. Тогда же расширилась структура платных услуг, даже между субъектами профилактики была введена система договорных услуг. В связи с отсутствием финансирования сотрудникам наркологической службы постоянно задерживалась заработная плата, прекратилось финансирование закупки оборудования и лекарственных препаратов, ремонта помещений. На этом фоне через СМИ у населения, прежде всего у несовершеннолетних, активно формировалась «мода» на проалкогольное и пронаркотическое поведение. В 1992 г. была отменена государственная монополия на производство и продажу спиртных напитков, и ситуация, связанная с потреблением алкоголя, стала чрезвычайной. Уже в 1993 г. уровень алкогольных психозов в РФ составил 47,6 на 100 тыс. населения, что было выше аналогичного показателя 1985 г. в 5,6 раза (16,7).

В данный период на фоне интеграции нашей страны в мировую рыночную систему происходило включение России в сферу действия мирового наркобизнеса. Кроме того, в самой России и в рамках СНГ появились такие «наркозоны», как Таджикистан, Чечня и т.д. Менялась и парадигма отношения к наркотикам – ранее считавшееся нормативное поведение сменилось принятием маргинальных его форм. Рэкет, вымогательство, воровство заменили труд. «Деньги любой ценой» – основной девиз этих годов. Росла наркотизация населения, о чем свидетельствуют данные официальной статистики. Число больных, взятых впервые под наблюдение с диагнозом «синдром зависимости от наркотических веществ», в 1991-2000 гг. увеличилось в 10,7 раза с 3,9 на 100 тыс. населения в 1991 г. до 41,8 в 1999 г.

Наркологической службе нашей республики в этот сложный период удалось сохранить материально-техническую базу и даже укрепить кадровый ресурс, что стало возможным в результате выполнения Указа Президента Чувашской Республики от 15 февраля 1994 г. №34 «О мерах по обеспечению правопорядка». В соответствии с данным Указом планомерно осуществлялись целенаправленные меры по структурной реорганизации

наркологической службы, направленные на повышение её эффективности. Тогда же была принята Программа совершенствования наркологической помощи в Чувашской Республике. Приказом Министерства здравоохранения Чувашии от 21 июня 1994 г. №252 утверждена Концепция лечения наркологических больных. В феврале 1994 г. открылось самостоятельное амбулаторное детско-подростковое отделение, в котором велся прием несовершеннолетних, организовалась «Школа родителей». Данное отделение возглавил врач психиатр-нарколог А.В. Фенькин (медицинская сестра В.М. Фалина).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 14 февраля 1995 г. «Об организации отделений неотложной наркологической помощи» при республиканском наркологическом диспансере была создана выездная консультативная бригада неотложной наркологической помощи (ст. врач А.А. Михайлов). Бригада до сих пор оказывает лечебно-диагностическую помощь ЛПУ города в вопросах диагностики и тактики ведения алкогольных психозов.

Особое внимание уделялось совершенствованию технологий противорецидивной терапии зависимого поведения. Начало свою деятельность отделение медико-психологической помощи больным с наркологической патологией, при котором функционировали реабилитационные клубы и группы, в том числе клубы «Счастливые алкоголики», «Надежда».

Президентом Чувашии был подписан Указ №137 от 04 декабря 2002 г. «О дополнительных мерах по усилению контроля за потреблением алкоголя, профилактике пьянства и алкоголизма». В соответствии с данным Указом был утвержден План мероприятий по его реализации. Одним из значимых мероприятий этого Плана была организация реабилитационного отделения в ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер».

Открытие реабилитационного отделения сделало возможным использование современных технологий психотерапевтического воздействия с учетом реабилитационного потенциала, организацию качественного противорецидивного лечения с системой постреабилитационной поддержки пациента. В отделении внедрен бригадный метод терапевтической поддержки пациентов, психокоррекционная работа с психологом, психотерапев-

том. В отделении амбулаторной реабилитации для созависимых работают психокоррекционные группы, клубы «Созвездие», «Гармония», «Орхидея», на базе ОАО «ЧЭАЗ» – школа для родителей, на базе социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних Ленинского района г. Чебоксары организована психокоррекционная группа для родителей.

В психотерапевтической работе применяются различные методики: арт-терапия, сказко-терапия, драмо-терапия, тренинг родительской компетентности, коммуникативный, релаксационный, поведенческий тренинг и т.д.

Индивидуальная и групповая психотерапии с созависимыми позволяют: повысить уровень эмоциональной устойчивости, гармонизировать самооценку созависимых; осознать себя личностью, иметь собственные интересы; конструктивно взаимодействовать с зависимыми членами семьи; повысить и обогатить духовно-нравственный потенциал.

Для диагностики состояний интоксикации различными психоактивными веществами при диспансере функционирует специализированная химико-токсикологическая лаборатория, которая имеет достаточное оснащение современным диагностическим оборудованием, в том числе газовым хроматографом с масс-селективным детектором, позволяющим проводить полуколичественную оценку ПАВ в биологических средах организма.

В настоящее время Республиканский наркологический диспансер – это ведущее специализированное учреждение Чувашской Республики, в структуру которого в соответствии с Постановлением Кабинета Министров от 25 августа 2005 г. №213 входят наркологические отделения в г. Новочебоксарск, Шумерля, Канаш. С 2006 г. ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» руководит М.А. Чепурной. Под его руководством слаженно трудится команда врачей, медицинских сестер, младшего медицинского персонала. В штате диспансера 415 чел., что по сравнению с 1985 г. больше в десятки раз. 86,8% врачей и 93,6% медицинских сестер имеют квалификационные категории, три специалиста – ученую степень кандидата наук. На базе Республиканского наркологического диспансера размещен учебный кабинет кафедры психиатрии и медицинской психологии Чу-

вашского государственного университета им. И.Н. Ульянова (проф. А.В. Голенков, доцент И.Е. Булыгина). В диспансере развернуты все необходимые подразделения наркологической службы: амбулаторно-поликлиническое отделение (зав. И.Э. Мутикова, ст. медсестра Т.Г. Журавлева), первое наркологическое отделение (зав. Н.В. Платонова, ст. медсестра М.Д. Наумова), второе отделение (И.Н. Трофимова, ст. медсестра Г.Н. Егорова), детско-подростковое (Л.Г. Дорофеева, ст. медсестра С.Н. Егорова), реабилитационное (А.П. Андреева).

Республиканский наркологический диспансер неоднократно являлся базовой площадкой для проведения совещаний на уровне РФ и ПФО. Так, в 2006 г. в Чувашии состоялось совещание главных детско-подростковых наркологов субъектов РФ, в 2007 г. – органов госнаркоконтроля и главных наркологов субъектов ПФО. Специалисты Республиканского наркодиспансера участвовали в реализации мероприятий международных проектов «Развитие системы социальных услуг для наименее защищенных слоев населения» и «Усовершенствование работы с молодежью из зоны риска» ассоциации университетов и колледжей Канады. Реализуемые наркологической службой мероприятия антинаркотической, антиалкогольной, антитабачной направленности с учетом межведомственного и междисциплинарного взаимодействия на основе программно-целевого подхода позволяют стабилизировать ситуацию, связанную с потреблением психоактивных веществ в республике. Так, показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами в течение последних трех лет имеет тенденцию к снижению: с 19,7 на 100 тыс. населения в 2007 г. до 16,6 в 2009 г. (снижение на 15%).

В республике по итогам 2009 г. зарегистрировано 1083 больных наркоманией (84,7 на 100 тыс. населения) и 1302 потребителя (101,8) наркотиков без явлений зависимости. Несмотря на увеличение общего числа лиц, страдающих зависимостью от наркотических веществ, случаи смертельных отравлений снизились с 18 до 4. Общее число случаев оказания медицинской помощи в связи с подозрением на отравление наркотическими средствами уменьшилось с 22 до 15, с передозировкой психотропных препаратов – с 242 до 150 случаев.

Сохраняется стабильным и число впервые выявленных больных токсикоманиями в республике, данный показатель в 2009 г. составил 0,3 на 100 тыс. населения (2006 г. – 0,4; 2007 г. – 0,3; 2008 г. – 0,2).

Все это свидетельствует о достаточно высоком потенциале возможностей наркологической службы, ресурсах повышения её эффективности в плане диагностики, лечения, реабилитации и, конечно, профилактики, которая является неотъемлемой частью сохранения здоровья населения нашей республики.

Литература

1. Булыгина И.Е., Федорова С.Д., Андреева А.П. Наркологическая помощь населению Чувашской Республики // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. №1. С.56-63.
2. Голенков А.В. История становления психиатрии в Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. №1. С. 8-36.
3. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации: пособие для врачей. М., 2000. 278 с.

СЛУЧАИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ МЕФЕДРОНОМ И МЕТИЛЕНДИОКСИПИРОВАЛЕРОНОМ

С.Н. Еловиков

Областной наркологический диспансер, Пермь

С апреля по май 2010 г. в отделение медицинского (наркологического) освидетельствования ГУЗ «Краевой наркологический диспансер №1» Пермского края сотрудниками ГИБДД и ФСКН России было доставлено 11 граждан для медицинского освидетельствования, у которых химико-токсикологическим исследованием подтвержден факт употребления психоактивных веществ: 4-метилметкатинона (мефедрон) и метилендиоксипировалерона (МДПВ).

Постановлением Правительства РФ №578 от 29 июля 2010 г. мефедрон внесен в раздел «Наркотические средства» списка наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством и международными договорами Российской Федерации (Список 1) [1]. Метилendioксипировалерон пока не имеет правового статуса наркотика.

Мефедрон – 4-methylmethcathinone (4-ММС), продаваемый в нашей стране под названиями «Удобрение для растений», «Charge», «Мяу-мяу», ММСАТ и др., является синтетическим психостимулятором, образованным путем химического соединения 2 метильных групп с катионом, алкалоид, присутствующий в побегах и листьях вечнозеленого кустарника *Catha edulis*. Катинон (L-альфа-аминопропиофенон) представляет собой психостимулятор, «природный амфетамин» [6] и отнесен к I списку наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в РФ запрещен. Мефедрон, как правило, продавался в виде белого или желтоватого кристаллического порошка.

Симптомы опьянения данными препаратами похожи на клинику опьянения амфетаминами и МДМА («экстази»).

При медицинском освидетельствовании на состояние опьянения у лиц, принимавших мефедрон, отмечались эмоциональная лабильность, импульсивное поведение, прерывистая, быстрая речь. Со стороны вегетативной нервной системы: мидриаз, вялая реакция зрачка на свет, нистагм, нарушение конвергенции, гипертензия, тахикардия, гиперрефлексия, потливость, тремор пальцев рук и кончика языка. Нервно-мышечные расстройства проявляются в зависимости от стадии опьянения нарушением походки, неустойчивостью в позе Ромберга, ошибками при выполнении координационных проб. При нарастании интоксикации возникают головокружение, головная боль, усталость, тревога и страх, возможны психотические варианты опьянения.

Аналогичная картина интоксикации описана в зарубежном исследовании, где в клинической картине преобладали тревога, возбуждение, тахикардия и систолическая гипертензия [8, 9].

Согласно данным исследования британских ученых, обеспокоенных смертью нескольких человек в результате потребления мефедрона, метилкатинон значительно больше, чем гидро-

фильные метиламфетамины, вызывает побочные эффекты, т.к. наличие кетонов в боковой цепи может способствовать большей токсичности [4].

Случаев смерти в результате употребления мефедрона (4-метилметкатинона) в Пермском крае не зарегистрировано, хотя в литературе имеются указания на смертельные исходы, связанные с употреблением этого вещества. Так, шведский медицинский журнал «Läkartidningen» сообщил, что мефедрон может быть причиной сердечно-сосудистых осложнений и развития серотонинергического синдрома. В связи с гиперстимуляцией дофамин – и серотонинергических рецепторов возникают такие осложнения, как тремор, оглушенность, гипертермия, судороги, рабдомиолиз, полиорганная недостаточность и смерть. В качестве примера описан клинический случай, закончившийся летально после употребления мефедрона. На вскрытии указан тяжелый отек мозга с вклиниванием в большое затылочное отверстие, выраженная гипокалиемия, несмотря на сопутствующий метаболический ацидоз [5].

В то же время есть достоверные сведения о смерти трех человек в Пермском крае, в организме которых обнаружен МДПВ, являющийся 3,4-метилendioкси замещенным аналогом пирова-лерона, на сленге потребителей «Фен-Шуй», который появился в Перми в апреле 2010 г. под видом «соли для ванн». Чистый МДПВ – это мелкий рыхлый порошок белого или до светло-коричневого цвета, употребляется перорально или интраназально. МДПВ был впервые синтезирован в рамках одного класса стимуляторов в 1969 г. [10].

В Пермском регионе этот порошок продается, как правило, в пакетиках с различными изображениями: «глазное яблоко», «доллары», «евро», «кристалл», «эйфория». При интоксикации возникают симптомы, характерные для психостимуляторов. По сообщению потребителей наркотиков, эффект похож на метамфетамин, что обуславливает возникновение сильного влечения к наркотику, стремительное увеличение суточных доз употребляемого вещества.

В результате передозировок МДПВ в токсикологическое отделение МСЧ № 9 г. Перми с апреля по август 2010 г. поступило 54 человека с жалобами на беспокойство, панику, страх

смерти, страх преследования (пациенты, как правило, пытались баррикадироваться в комнате, в палате, также обращались в милицию с заявлениями, что их кто-то преследует), кроме того, часто жаловались на головокружение, сильный озноб, жажду. В клинике наблюдались симптомы симпатoadреналового криза: беспокойство, страх смерти, расширение зрачка (мидриаз), тахикардия (110-120), повышение АД, вазоконстрикция, гипертермия (до 39⁰ С). За указанный период было зарегистрировано 3 летальных исхода. Причина смерти: пневмония, отек легких, сепсис. При ТХИ мочи был выявлен МДПВ.

Не исключена вероятность сочетанного воздействия перечисленных психоактивных веществ.

В Великобритании после отнесения мефедрона и МДПВ (катинон и некоторые его производные) к В классу I Списка наркотиков в апреле 2010 г. было проведено своеобразное исследование – произведена закупка в интернет-магазинах якобы новых легальных порошков, не содержащих запрещенных веществ. Качественный химический анализ закупленных образцов показал, что они состоят из одного или смеси катинонов, в том числе мефедрона, бутилона, 3,4 метилendioксипировалерона и т.д. Были обнаружены также бензокаин, кофеин, лидокаин и новокаин. Авторы исследования полагают, что покупатели и розничные торговцы не понимают, что они имеют дело с недавно запрещенными субстанциями [2]. Кроме того, наиболее характерной чертой для Великобритании становится совместное употребление производных катинона с кокаином, каннабисом, МДМА и кетаминном. Мефедрон, по данным интернет-опроса британского журнала «Mixmag», в последние месяцы занимал четвертую позицию по популярности у потребителей наркотиков после гашиша, «экстази» и кокаина [3].

В связи с этим не исключается возможность повторения аналогичной ситуации в нашей стране. В настоящее время мы можем обнаружить не только известные нам и уже уверенно детектируемые психоактивные вещества, но и ряд веществ, которые без соответствующего дополнительного оснащения трудно безошибочно идентифицировать. Для работы на опережение необходим не только мониторинг наркологической ситуации в регионах и стране в целом, но и слежение за изменениями тен-

денций потребления наркотиков в странах ближнего и дальнего зарубежья. Кроме того, работа на уровне межведомственного взаимодействия должна обеспечивать быстрый обмен информацией и методиками обнаружения веществ и продуктов, используемых при производстве новых психоактивных веществ на нелегальном рынке наркотиков. К эффективным превентивным мерам, безусловно, относится оперативное изменение законодательства и пересмотр списков контролируемых и запрещенных веществ.

Литература

1. «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с совершенствованием контроля за оборотом наркотических средств»: Постановление Правительства Российской Федерации от 29 июля 2010 г. №578 г. Москва РГ// [электрон.ресурс] Оpub. 4 августа 2010. режим доступа: <http://www.rg.ru/2010/08/04/oborot-dok.html>
2. Brandt S.D., Sumnall H.R., Measham F., Cole J. Analyses of second-generation 'legal highs' in the UK: Initial findings//Drug Test Anal. [Electronic resource]. 2010. Aug 5. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20687197>.
3. Consideration of the cathinones //Advisory Council on the Misuse of Drugs [Electronic resource]. 31 March. 2010. Mode of access: <http://www.homeoffice.gov.uk/publications/drugs/acmd1/acmd-cathinodes-report-2010?view=Binary>.
4. An analysis of the 'legal high' mephedrone. S. Gibbons, M. Zloh // Bioorg Med Chem Lett. 2010. №20(14). P.4135-4139.
5. Gustavsson D., Escher C. Mefedron – Internetdrog som tycks ha kommit för att stanna [Electronic resource]. 2009. №43. Mode of access:<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=12986>.
6. Kalix P., Cathinone, a natural amphetamine. //Pharmacol Toxicol. 1992. №70(2). P. 77-86.
7. Winstock A.R., Marsden J., Mitcheson L.. What should be done about mephedrone? //BMJ [Electronic resource]. 2010. 340 p. 1605 Mode of access: http://www.bmj.com/cgi/content/full/340/mar23_1/c1605.

8. Wood D.M., et al. Recreational Use of Mephedrone (4-Methylmethcathinone, 4-MMC) with Associated Sympathomimetic Toxicity. //J. Med. Toxicol. [Electronic resource]. Apr. 2010. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20358417>.
9. Wood D.M., Greene S.L., Dargan P.I. Clinical pattern of toxicity associated with the novel synthetic cathinone mephedrone // Emerg Med J. [Electronic resource]. 2010. Jun 26. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20581379>.
10. Yohannan J.C., Bozenko J.S. The Characterization of 3,4-Methylenedioхуроуvalerone (MDPV). //Microgram J. Vol. 7. № 1 [Electronic resource]. March 2010; Mode of access: http://www.justice.gov/dea/programs/forensicsci/microgram/journal2010/mj7-1_12-15.pdf.

ТЕСТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ УЧРЕЖДЕНИЙ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

О.Е. Митрофанова, Г.В. Тамазян
Министерство здравоохранения Московской области

На фоне социально-экономических проблем, неудовлетворительной демографической ситуации в стране все большую остроту приобретает проблема приобщения подрастающего поколения к употреблению наркотических средств.

Несмотря на то, что, по данным медицинской статистики, в Российской Федерации за последние несколько лет показатели болезненности, распространенности употребления наркотических средств с вредными последствиями остаются стабильными и имеют тенденцию к снижению, все больше появляется данных о значительном превышении реальных цифр потребителей наркотиков среди молодежи, и в частности несовершеннолетних, в 5-15 раз.

Безусловно, выявить истинное количество потребителей наркотических средств очень важно: это и прогноз состояния здоровья подрастающего поколения, и показатель распростра-

нения наркотиков в нашей стране, и решение вопросов безопасности в образовательных учреждениях, и разработка и внедрение профилактических программ, и планирование развития наркологической службы.

При подготовке Закона Московской области «О профилактике наркомании и токсикомании на территории Московской области» было обращено внимание на решение этой проблемы. Были внесены предложения о проведении диагностических исследований учащихся образовательных учреждений с целью выявления потребителей наркотических средств.

В Законе Московской области, принятом 17 января 2005 г., (№ 10/2005-ОЗ), статьей 16 закреплено проведение предварительных диагностических исследований учащихся образовательных учреждений и учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования в рамках ежегодных профилактических медицинских осмотров для выявления наркопотребителей. Данные обследования должны проводиться только на добровольной основе.

Методика организации исследования разработана специалистами Министерства здравоохранения Московской области, ежегодно по результатам исследования в методику вносятся коррективы, направленные на повышение эффективности исследования.

Министерством здравоохранения совместно с Министерством образования Московской области в рамках исполнения Закона «О профилактике наркомании и токсикомании на территории Московской области», начиная с 2005 г., ежегодно проводится добровольное тестирование учащихся учреждений профессионального образования.

Ежегодными совместными приказами Министерства образования и Министерства здравоохранения Московской области определяется порядок проведения тестирования. Для выявления наркотического вещества в биологической среде (моче) иммуноферментным методом используются экспресс-диагностические мультикомпонентные тест-системы (фирма «Фактор-мед»)

Тестированию предшествует большая организационная работа. Составляются и согласовываются графики мероприятий. Директорами образовательных учреждений проводятся педаго-

гические советы с участием специалистов здравоохранения. На собраниях учащихся, которым предстоит тестирование в ближайшее время (в день или за 1 день до обследования) подробно разъясняют цель, порядок тестирования, а также их права на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него в соответствии со статьей 24 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Тестируются учащиеся давшие письменное согласие.

Кроме того, учащиеся получают информацию о том, что результаты исследования составляют врачебную тайну и разглашению или передаче администрации образовательных учреждений или иным лицам не подлежат (статья 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

Кроме разъяснительной, проводится и разнообразная образовательная работа (лекции, семинары, уроки здоровья, кинофильмы, спектакли и другие формы) с участием как специалистов (врачей-наркологов), так и самих подростков.

Тестирование проводится в наркологических диспансерах или здравпунктах образовательных учреждений только специалистами наркологических диспансеров (врач психиатр-нарколог, медицинская сестра). Медицинские работники детских поликлиник и образовательных учреждений оказывают организационную помощь специалистам наркологических подразделений. Специалисты наркологических учреждений работают с каждым подростком индивидуально. Все персональные данные и результаты исследования доступны только врачу психиатру-наркологу.

С подростками, у которых выявлена положительная реакция на наркотическое вещество, врач психиатр-нарколог проводит индивидуальную беседу с мотивацией на дальнейшее обследование и лечение в наркологическом учреждении и предоставляет письменную информацию о порядке и режиме работы наркологического подразделения.

В результате исследования у некоторой части обследуемых выявляются сомнительные реакции, что допустимо по инструкции применения экспресс-тестов. Этим учащимся предлагается повторное тестирование через несколько дней, с предваритель-

ным анализом анамнестических данных (лечение лекарственными препаратами некоторых соматических и инфекционных заболеваний).

Результаты тестирования с целью выявления потребителей наркотических средств среди учащихся учреждений профессионального образования Московской области в 2005-2010 гг.

Результат	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Количество учащихся, подлежащих тестированию	7504	48507	26034	34787	29984	29500
Отказались от тестирования, %	10,2	6,7	Нет	1,3	1,3	0,76
Всего прошли тестирование	6737	38543	25791	32064	27375	26775
Тест отрицательный, %	94,8	94,4	95,4	95,2	96,7	97,8
Тест положительный, %	1,3	4,7	3,3	3,7	3,0	2,1
Тест сомнительный, %	3,9	0,9	1,3	1,1	0,3	0,16

В 2005 г. проводилось выборочное тестирование учащихся только 20 образовательных учреждений. Использовались четырехкомпонентные тесты. На этом этапе исследования отработывались различные варианты организации этой работы, выбирались наиболее оптимальные формы проведения собраний, бесед, подачи информации. На основании анализа полученных результатов было подготовлено информационное письмо с рекомендациями для специалистов учреждений здравоохранения и образования.

В 2006 г. протестированы все учащиеся учреждений начального и среднего профессионального образования. Использовались шестикомпонентные тесты.

По сравнению с результатами выборочного тестирования, проведенного в 2005 г., повысился процент охвата учащихся данным исследованием и снизился процент учащихся, отказавшихся от исследования. Вместе с тем резко (более чем в 3 раза) возрос относительный показатель числа учащихся, потребляющих наркотические средства.

В 2007 г. тестированием были охвачены все учреждения начального, среднего и высшего образования. Однако обследовались ограниченные группы учащихся первых и вторых курсов с использованием десятикомпонентных тестов.

По сравнению с предыдущими исследованиями повысился процент учащихся, ведущих здоровый образ жизни. Число потребителей наркотических средств по сравнению с предыдущим годом снизилось. В структуре потребляемых наркотических средств все годы преобладала марихуана (более 70%), второе место занимали бензодиазепины (10,6%), третьи – опиаты (9,2%). Это исследование показало, что наиболее целесообразно использование шестикомпонентных тестов на те наркотические вещества, которые употребляются подростками в регионе.

В дальнейшем тестирование проводилось ежегодно, исследование проходили все учащиеся учреждений начального и среднего профессионального образования Московской области.

Результаты этой работы в 2009/2010 учебном году показали, что по сравнению с 2006 г. число потребителей наркотических средств среди учащихся снизилось в 2,2 раза.

В 2010 г. более 70% потребителей, у которых выявлены вредные последствия для здоровья, взяты на профилактический учет, с ними проводится индивидуальная профилактическая работа. Кроме того, в образовательных учреждениях, в которых зарегистрированы высокие показатели наркопотребления среди несовершеннолетних, сформированы группы из детей группы риска для вторичной профилактической работы как педагогами, так и специалистами наркологических учреждений.

Положительным является тот факт, что в этом году не выявлено высоких показателей в образовательных учреждениях тех муниципальных образований, в которых на протяжении пяти лет отмечался повышенный уровень наркопотребления.

Результатами тестирования следует считать не только количество выявленных потребителей наркотических средств среди учащихся, но и активизацию межведомственной работы, направленной на формирование здорового образа жизни и профилактику зависимости от психоактивных веществ в образовательных учреждениях.

Итоги тестирования на наркотики позволяют разграничить контингенты учащихся, с которыми необходимо вести работу по вторичной профилактике. Безусловно, если в образовательном учреждении выявлено более 10% потребителей от числа учащихся, можно считать, что все учащиеся находятся в зоне риска. Поэтому в таких учреждениях необходима работа по вторичной профилактике употребления психоактивных веществ. Во многих из них успешно внедряются образовательные профилактические программы, направленные на формирование здорового образа жизни.

Результаты исследований показали, что потребители наркотических средств могут быть обнаружены в любом образовательном учреждении, поэтому профилактическая работа должна стать частью образовательного процесса в каждом учебном заведении, а не иметь вид кратковременных акций.

Ежегодно по результатам тестирования совместно с Министерством образования Московской области проводятся семинары-тренинги для руководителей образовательных учреждений, психологов, педагогов.

Эффективность всех предпринимаемых усилий еще заключается в том, что 25-35% учащихся, выявленных при предыдущем исследовании в качестве наркопотребителей, подтверждают отказ от приема наркотических средств.

Другим аспектом этой работы является информирование силовых структур (Главное управление региональной безопасности, Главное управление внутренних дел, Управление по Московской области Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков). На основании предоставленных количественных данных, полученных в ходе тестирования, разрабатываются и осуществляются мероприятия по пресечению распространения наркотических средств (конкретных в каждом муниципальном

образовании) как в области в целом, так и в каждом образовательном учреждении.

Поэтому при оценке эффективности тестирования учащихся следует принимать во внимание и возможность принятия конкретных мер не только специалистами учреждений здравоохранения и образования, но и сотрудниками правоохранительных органов.

Таким образом, раннее выявление учащихся, употребляющих наркотические средства, позволяет не только объективно оценить распространенность этого явления среди несовершеннолетних, но и проводить совместную работу, направленную на предупреждение развития зависимости от наркотиков, и не допустить вовлечения в процесс потребления наркотиков тех учащихся, которые еще не знакомы с этой проблемой. Регулярное проведение исследования является сдерживающим фактором для тех, кто хотел бы начать потребление наркотиков или потреблял их эпизодически. Кроме того, тестирование позволяет разработать стандарты организации деятельности специалистов наркологических подразделений для работы с несовершеннолетними.

Внедрение нами в практику работы учреждений наркологического профиля ежегодного скрининг-исследования позволило:

- определить истинные показатели распространенности потребления наркотических средств несовершеннолетними в Московской области;

- определить целевые группы учащихся для первичной и вторичной профилактической работы;

- повысить число несовершеннолетних, взятых на профилактический учет, для проведения индивидуальной профилактической работы.

- совершенствовать взаимодействие с различными структурами, занимающимися профилактической антинаркотической работой.

ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

И.В. Михайлов

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Реабилитация является одним из наиважнейших звеньев в системе оказания помощи наркологическим больным. Под реабилитацией в наркологии понимается максимально возможное восстановление физического, психического, духовного состояния больных и коррекции или формирования их нормативных личностных и социальных качеств, способности полноценного функционирования в обществе без потребления психоактивных веществ (ПАВ), вызывающих болезненную зависимость [2]. Система реабилитации последовательно использует восстановительный потенциал реабилитационной среды, программ и технологий в их взаимодействии и в соответствии с поставленной целью, задачами, принципами реабилитации и реабилитационным потенциалом больных [1].

Организационные структуры наркологических реабилитационных учреждений в системе здравоохранения и социального развития могут быть разными: круглосуточный стационар, дневной стационар (ДС) при стационарном отделении, амбулаторно-реабилитационное отделение, в печати не освещался опыт работы такой организационной структуры, как дневной стационар для амбулаторной реабилитации [1-5].

Цель исследования: анализ возможности функционирования подобного режима ведения наркологических больных, необходимых условий для успешной работы, преимуществ.

Материалы и методы исследования. Использовался клинико-катамнестический метод, были изучены 275 медицинских карт наркологических больных, прошедших лечение в дневном стационаре ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» (форма 003у). Мужчин – 192, женщин – 83, возраст от 19 до 60 лет. Нозологическая структура пролеченных больных: F10.4-7, F10.2*1, F10.2*2, F10.2*3, F11.2.

Результаты и обсуждение. В связи с необходимостью совершенствования медицинской помощи населению, более рационального использования имеющихся возможностей медицинских учреждений, широко внедряются стационарзамещающие медицинские технологии. К одним из них относят ДС, который может быть развернут как на базе поликлиники, так и стационара. Деятельность его регламентирована соответствующими приказами министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В сентябре 2008 г. ДС на 25 коек был открыт при реабилитационном отделении ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер». Он своими задачами отличается от подобных структур, организованных при наркологических диспансерах других субъектов РФ (в определенных условиях: сокращенное время пребывания – 3 часа, отсутствие питания, максимальный уход от выдачи листков нетрудоспособности, при повышенной интенсивности психотерапевтической работы максимально реконструировать личность больного с выработкой внутренних установок на трезвость).

Это обусловлено тем, что ДС ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» является этапом лечебно-реабилитационного процесса (реабилитации), так как преимущественный состав пациентов – больные, прошедшие реабилитационную программу в закрытом режиме (круглосуточный стационар) и завершившие ее по-разному (за исключением срыва). Пациенты напрямую направленные диспансерным отделением, соматопсихиатрическими отделениями, по завершении предреабилитационного периода лечения больных – в меньшинстве.

Больные проходят соответствующий отбор. Пациенты ДС – это в основном представители городского населения или сельские жители, имеющие возможность проживать в городе, нуждающиеся в ежедневном врачебном осмотре, но не требующие круглосуточного медицинского наблюдения. Время ежедневного пребывания больного в ДС не менее трех часов. Особенностью этого этапа является проверка на практике приобретенных навыков трезвого образа жизни больными, находящимися в привычных им условиях большую часть времени. Подразумевается большая заинтересованность их в продолжении участия в лечебно-реабилитационном процессе, а также большая

ответственность за выполнение лечебных рекомендаций. Все это возможно при успешной мотивационной работе, эмоциональной привязке к персоналу, но с соблюдением правил субординации, с сохранением дистанции и приложением максимальных усилий для формирования на этапе выписки самодостаточной личности с приобретенными навыками трезвого образа жизни при профилактике рецидивов, а также при интрапсихической реабилитации [5]. Условия её проведения:

- наличие постоянного чувства, что трезвое состояние, данное природой человеку, обеспечивает оптимальный естественный способ жизни, отвечающий реальности;

- чувство того, что переживания любого характера имеют предел по силе, яркости, продолжительности;

- формирование внутренних механизмов, обеспечивающих отказ, в том числе и от ПАВ, как самому себе, так и взаимодействующим внешним силам, при этом адаптация происходит не только ко внешней среде, но и к внутреннему состоянию, самочувствию на уровне трезвого состояния.

Для достижения таких результатов используется командный стиль работы, который присущ всем этапам лечебно-реабилитационного процесса. Сроки действия программы от 14 (для проходящих противорецидивное лечение) до 45 дней, в среднем 32 дня.

Основные технологии лечебно-реабилитационного процесса, используемые врачом: диагностические, терапевтические, терапия реабилитационной средой, терапия занятости (многие больные работают, но продолжают участие в лечебно-реабилитационном процессе), арт-терапия, социотерапевтические (больные трудоустраиваются в процессе прохождения программы) и духовно-ориентированные.

Основные направления, используемые в психотерапевтических технологиях: динамическое; когнитивно-бихевиоральное; гуманистическое; системное; работа с семьей больного. Методики и техники: психодрама; психопрограммирование; эмоционально стрессовая гипнотерапия, или внушение наяву.

В применяемых психотерапевтических технологиях преобладает психопрограммирование, что позволяет удерживать на режиме ведения до 84% больных, поступивших на лечение на

сроках выполнения программы реабилитации (32 дня). В литературе указывается наибольшая эффективность долгосрочных реабилитационных программ [2]. В условиях ДС используется краткосрочная реабилитационная программа (32 дня), но благодаря интенсивности и качеству работы достигается определенная эффективность, это косвенно доказывает высокий процент больных обращающихся за противорецидивным лечением (в условиях сохраняющейся трезвости) – 20% от прошедших лечение. Доля больных, находящихся в ремиссии от 6 месяцев до года, прошедших лечение, составляет до 70%

В 2009 г. было пролечено 275 больных, из них 83 женщины

По нозологической структуре пролеченных больных, преобладает синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия: всего 249 больных, 78 женщин (90,5%). С начальной и конечной стадией алкогольной зависимости пролечено по одному больному (мужчины). Больных с различными психотическими нарушениями синдрома отмены мало – 4 больных, все мужчины (1,5%), что связано с улучшением отбора больных для продолжения лечения в условиях ДС.

Достаточное количество наркозависимых пациентов, проходивших программу лечения: (20 больных, из них 5 женщин (7,3%)), констатирует о том, что больные способны закрепляться на подобном режиме и завершать программу лечения в основной своей массе (был только один наркозависимый больной, прервавший лечение, и то по причине алкоголизации). Это предполагает о стабильной работе ДС, преемственности со стационарным этапом реабилитации, хорошей замотивированности больных на участие в лечебно-реабилитационном процессе. По преобладанию личностного радикала, состав больных был следующим: неустойчивый тип – 34%, эпилептоидно-возбудимый тип – 32, психастенический – 18, истероидный – 9, астенический – 7%.

Лечебно-реабилитационный процесс проводился с учетом личностных особенностей больных.

Возрастной состав пациентов: 15-19 лет – 1 человек, 20-24 – 19, 25-29 – 45, 30-34 – 47, 35-39 – 39, 40-44 лет – 37, 45-49 – 33, 50-54 – 24, 55-59 – 21, 60 лет и старше – 9 человек; преобладают

мужчины (192 (70%), в возрастной категории от 25 до 50 лет (201 (73%).

Среди пролеченных больных больше мужчин – 70%, пациентов от 25 до 50 лет: 15-19 лет (1 человек), 20-24 (19), 25-29 (45), 30-34 (47), 35-39 (39), 40-44 (37), 45-49 (33), со средним специальным (40,8%) и высшим образованием (21,1%), что явилось важной предпосылкой для закрепления больных на данном режиме лечения. Имели высшее образование – 58, незаконченное высшее – 13, среднее специальное – 112, среднее – 73, 9 классов – 16, менее 9 классов – 1 человек. Основная масса больных по уровню реабилитационного потенциала (УРП), составила группа со средним, средне – низким и низким УРП. С высоким УРП – около 0,1% (3 чел.), что связано с поздним обращением за наркологической помощью в официальное наркологическое учреждение.

По социальному составу больные распределились следующим образом: работающие – около 21, безработные – 79; состоящие в браке – 35, одинокие – 65%. Следует отметить, что до 80% не работающих больных в ходе прохождения программы лечения вновь трудоустроивались или меняли место работы вследствие высоких рисков, провоцирующих алкоголизацию факторов.

Среди пациентов, досрочно прервавших лечение в результате срыва (45 человек – 16%), как минимум половина случаев возобновляла лечение, участие в тех или иных реабилитационных программах спустя 1-6 месяцев. Стимул решения проблемы зависимости сохранялся даже несмотря на наступивший рецидив. Особенно это проявлялось у пациентов, прервавших лечение при прохождении половины срока реабилитационной программы (80% от сорвавшихся). Большинство больных продолжили участие в реабилитационных программах амбулаторного этапа реабилитации. Преимущество в лечении обеспечивалось на достаточно высоком уровне, сохранялся психотерапевтический контакт психиатра-нарколога ДС с выпускниками и на амбулаторном этапе, при его не обязательности (трёхуровневое закрепление пациента в лечебно-реабилитационном процессе: психиатр-нарколог диспансерного отделения, психиатр-

нарколог амбулаторной реабилитации, психиатр-нарколог ДС амбулаторной реабилитации).

Выводы:

- Имеют значение личностные качества специалистов участвующих в лечебно-реабилитационном процессе, особенно в наркологии [2];

- ДС способен решать проблемы, поставленные перед ним. План койко-дней был выполнен на 76,9%. Подобная организационная структура имеет большую экономическую целесообразность (нет питания больных, максимальный уход от выдачи больничных листов при формальной возможности их выдачи);

- Максимальная приближенность больного к привычным условиям при сохранении постоянного психотерапевтического контакта, воздействии реабилитационной среды;

- Имеются широкие возможности для творческой самореализации специалистов (апробации новых психотехник, психотерапевтических методик и т.д.);

- Для эффективной работы подобной структуры необходим командный стиль работы, при этом обеспечивается ответственность проведения лечебно-реабилитационного процесса;

- Опыт работы показал необходимость поддержания психотерапевтического контакта с пациентами на высоком уровне, использования как основной методики психопрограммирования, следования принципам интрапсихической реабилитации;

- Необходим тщательный отбор пациентов для участия в реабилитационной программе ДС амбулаторной реабилитации: предпочтение пациентам со средним и высоким УРП, имеющим среднее специальное и высшее образование.

Литература

1. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М., 2003. С. 84-85.
2. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопросы наркологии. 2008. №3. С. 80-92.

3. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М.: Мед практика, 2002. Т.2. С. 202-270.

4. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) // Психиатрия и психопатотерапия. 2007. Т.9, №1. С. 26-31.

5. Павлов И.С. Интрапсихическая реабилитация в наркологии // Вопросы наркологии. 2009. №6. С. 95-96.

ПРОБЛЕМА ЗАВИСИМОСТИ ЛИЧНОСТИ КАК ДЕФЕКТ ЕЁ ПРАВОСОЗНАНИЯ

А.В. Морозов

Московский государственный университет технологий и управления

Правосознание личности формируется в процессе её социализации посредством систематического формирования положительных правовых ориентаций, формирования престижа права в системе социальных ценностей.

Правосознание людей определяется правовыми устоями общества, практикой правоприменения, реальными условиями жизнедеятельности людей, нравственным опытом и традициями общества, системой распространенных оценочных отношений к правозначимым явлениям. Наиболее устойчивые нормативно-ценностные позиции личности образуют сферу ее правозначимых установок, вызывающих стереотипную готовность к определенным действиям в правозначимых ситуациях.

В повседневной жизнедеятельности людей особое значение приобретают модели поведения, которые формируются на основе общих представлений о должном поведении, а эти представления, в свою очередь, непосредственно зависят от сформировавшихся у данной конкретной личности социальных установок.

Человек может принимать существующие в обществе правовые нормы, и в таком случае правомерное поведение само по себе становится личностно принятой ценностью, а может не принимать, отрицать правовые ценности, и в таком случае проявляется личностный правовой негативизм. Таким образом, в

мотивах правозначимых поведенческих актов, как в особом структурно-личностном образовании, будет проявляться индивидуальное правосознание отдельно взятого гражданина общества.

Правовой негативизм, как правило, обусловлен дефектами индивидуального правосознания. Под этими дефектами мы понимаем не столько «правовой вакуум», сколько негативное отношение к праву, противопоставление ему узкоэгоистических, своекорыстных интересов и устремлений индивида. Но при этом важно понимать и то существенное, на наш взгляд, обстоятельство, что первопричиной противоправного поведения («корнем зла») являются не дефекты правосознания, а те реальные условия жизнедеятельности, которые и порождают эти дефекты.

Вполне очевидно, что наше Российское государство было бы самым процветающим государством в мире, а наш народ был бы самым счастливым, если бы правоприменительное поведение граждан, его населяющих, являлось не законопослушным и даже не правопослушным, а правоисполнительным (когда потребности личности, цели и средства их достижения совпадают с правовыми требованиями); в остальных же случаях потребности, желания, интересы личности не совпадают с общественными требованиями и личность вынуждена подчиняться требованиям закона в силу боязни наказания или в силу собственной конформности.

К сожалению, в нашем современном обществе, невзирая на декларируемое становление правового государства, еще слишком много людей, избранной моделью поведения которых не является ни одна из перечисленных выше. Их поведение с полной уверенностью можно считать аномальным и даже граничащим с преступным в силу наличествующих у них дефектов индивидуального правосознания, необратимо способствующих возникновению и закреплению на подсознательном уровне вполне определённой зависимости, которая впоследствии и провоцирует аномальное поведение.

К аномальным относится группа явлений, которые выходят за пределы социальной нормы, считаются нежелательными, вредными, опасными, но которые прямо не подпадают под действие закона, чтобы считать их противозаконными

(или не попадали до недавнего времени, но в силу инерционности мышления определенной части населения, правовой безграмотности, а зачастую просто в силу привычки по-прежнему не воспринимаются таковыми). Они могут иметь разную моральную окраску или не имеют таковой.

В последнее время вполне отчетливо прослеживается определенная психологическая эволюция в отношении алкоголиков, которые квалифицируются как хронические больные, подлежащие добровольному или принудительному лечению и которые могут публично гордиться своим излечением либо скрывать это. Соответственно меняется отношение к самому алкоголю, когда обращают внимание не столько на факты употребления, сколько на концентрацию его в напитках и культуру потребления. Следует отметить, что понятие «алкоголик» относится к тому, кто болен алкоголизмом, и к злоупотребляющему алкоголем, следствием чего не обязательно может быть алкоголизм как болезнь.

В характере предрасположенного к алкоголизму или больного есть что-то инфантильное. Он часто плохо себя чувствует и впадает в мрачное настроение. Нервный (особенно нервирует ожидание), раздражительный, возбудимый, тревожный. Засыпает с тревожными мыслями, из-за возбуждения плохо спит, часто видит сны, которые повторяются снова и снова. Может легко запоминать имена, цифры, но усваиваемость плохая, появляются провалы в памяти и отключается сознание. В случившемся, не задумываясь, винит других. Сверхвпечатлительный и гиперпереживающий. Вечно озабочен своими делами, все принимает всерьез (снижено либо вовсе отсутствует чувство юмора). Опасений не испытывает, в судьбу не верит. Нередко попадает в ситуацию нагромождения трудностей. Преисполнен чувством долга, но это не мешает давать низкую самооценку, чувствовать свою бесполезность, сожалеть о содеянном, совеститься и каяться. О людях судит импульсивно, недооценивает их профессионализм, завидует. Плетется в хвосте чужих мнений и легко поддается внушению. Быстро обижается и боится критики. Не любит детей, игры, большие компании и вечеринки. В семье разногласия, сексуальная жизнь нарушена, неполноценна, и поэтому не любит говорить на эти темы. Постоянно ощущает свое одиночество. В памяти запечатлены всевозможные неприятности. Нетерпелив и вспыльчив. Испытывает чувство досады, сердится,

ворчит, гневается. Самокритичен, склонен к самобичеванию. Очень любит высказывать другому свое расположение. Испытывает отвращение к серьезным и систематическим интеллектуальным занятиям. В жизни отличается пассивным ничегонеделанием. Готов просто сидеть, любит смотреть на огонь и готовить непривередливую пищу. С трудом и неохотно начинает всякое дело. Склонен создавать суету и куда-нибудь торопиться. Часто устраивает для себя нору и прячется в ней. С дисциплиной не в ладу. Не любит танцевать. Избегает конфликтов, но драчлив. Привязавшись к кому-нибудь, любит поучать и наставлять. В антиалкогольной пропаганде готов принимать участие.

По мнению западных коллег, важным средством снижения алкоголизма, как социального явления, служит автомобилизация, буквально привязывающая человека к рулю, а также перекаладывание ответственности с того, кто выпил лишнее, на того, кто способствовал этому (в гостях, в ресторане). Факт употребления алкоголя на рабочем месте рассматривается сейчас как нарушение правил внутреннего распорядка; появление на работе в нетрезвом виде – как нарушение фирменных этических норм и покушение на имидж; состояние сильного опьянения – как приступ болезни, требующей госпитализации. Таким образом, причины увольнения здесь становятся косвенными: низкая производительность труда, частые пропуски, слабое здоровье, несоблюдение принятых правил.

Статья 151 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за вовлечение несовершеннолетнего в совершение антиобщественных действий (в том числе в систематическое употребление спиртных напитков) в виде лишения свободы на срок до 6 лет. К сожалению, в диспозиции данной статьи Уголовного кодекса совершенно четко обозначено, что объектом данного преступления, то есть «пострадавшей» стороной может быть только лицо, не достигшее 18 лет, да и то лишь в том случае, если данное деяние совершено по отношению к этому лицу неоднократно (более двух раз). Это значит, что вовлечение в употребление спиртных напитков несовершеннолетних граждан вовсе не подпадает под юрисдикцию УК, как, впрочем, и одно-, двукратное вовлечение в употребление спиртных напитков даже несовершеннолетних

граждан. Об автономном употреблении спиртных напитков говорить и вовсе не приходится.

Наркомания имеет самую сильную криминологическую окраску. Но эта окраска касается, в первую очередь, производства и продажи наркотиков. А что касается потребления, то здесь общество еще не пришло к единому мнению: считать ли наркомана преступником или больным и каким образом должна оказываться ему помощь? Нет и общего мнения по поводу того, что считать наркотиком, потому что наряду с опасными наркотиками типа героина существуют полунаркотики типа марихуаны, которые сами по себе не столь опасны, но слишком часто приводят потребляющих ее в мир наркотиков.

Статья 228 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозку, пересылку либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ в виде лишения свободы на срок до 15 лет с конфискацией имущества. Субъектом данного преступления может быть любое лицо, достигшее 16-летнего возраста. При этом в Уголовном кодексе нет упоминания об ответственности за употребление наркотических средств или психотропных веществ. Это дает нам основание сделать вывод о том, что данный вопрос не столь прост в правоприменительной практике, что подтверждает и неоднократное обсуждение данной диспозиции на заседаниях Государственной Думы РФ.

Статья 230 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ в виде лишения свободы на срок до 8 лет, а если подобные деяния повлекли по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия – до 12 лет лишения свободы.

Курение только сейчас попадает в разряд явлений, считающихся неэтичными и аморальными, имея за плечами долгую европейскую историю: мода, гонение, разрешение, увлечение, спад, снова гонение; причем женщины в этом процессе всегда отстают от мужчин и повторяют их. В настоящее время, особенно в связи с экологическими условиями и с борьбой за здоровье, борьба с куре-

нием обострилась. Зачинателем являются США, считавшиеся во времена Ч. Диккенса самой курящей страной в мире.

Основанием для столь резко развернутой кампании по борьбе с курением, как аномальным социальным проявлением, послужила экологическая обстановка и право на здоровье, касающееся, прежде всего, тех, кто вынужден находиться в окружении курящих. Поэтому в США так быстро распространился запрет на курение во всех видах общественного транспорта, стали доминировать некурящие фирмы, а в не затронутых этим новшеством предприятиях для курения отводятся самые отдаленные и неудобные места. Появились некурящие города и в перспективе – целые штаты. Налоги с табакопроизводящих фирм идут на пропаганду некурения. Запрещаются любая табачная реклама и демонстрация табачных изделий на прилавках магазинов. В стране отмечают дни некурения.

Сами курящие подвергаются дискриминации при приеме на работу и в оплате труда под предлогом априорного их нездоровья. Между тем в каждом городе предписано иметь хотя бы один ресторан, где разрешается курить. Курящие или только хранящие у себя сигареты подростки подвергаются большому штрафу (за счет родителей) или тюремному заключению сроком до полугода.

Несмотря на разное отношение к курению, передовые страны стараются увязать с этим свою общественную жизнь по примеру США. Психологи наряду с криминальным, алкогольным и наркоманным характерами стали больше обращать внимание на никотинный характер. В России наступление перемен в большей степени чувствуют мужчины, тогда как молодежь пока озабочена проявлением самостоятельности и независимости, а курящие женщины, кроме того же самого, и уверенности, хотя то и другое пока у них в дефиците.

ОПЫТ СОЗДАНИЯ ИНТЕРАКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*А.В. Надеждин, А.Ю. Колгашкин, Е.Ю. Тетенова,
М.В. Федоров, П.Г. Ленков
Национальный научный центр наркологии
Минздравоуразвития России, Москва*

Системы самодиагностики получают все большее распространение на интернет-порталах медицинской направленности. Они оказываются весьма удобным инструментом для раннего выявления и профилактики тех или иных патологических состояний. Кроме того, подобные системы в настоящее время оказываются весьма привлекательны для населения, которое в основной своей массе увлечено так называемой вульгарной психологией в виде разнообразных тестов и опросов.

С этой целью нами был проанализирован опыт подобных систем за рубежом. К сожалению, в Рунете, несмотря на большое количество антинаркотических ресурсов, объектов для изучения опыта их работы выявлено не было. Наиболее информативным и интересным оказался нидерландский сайт, направленный на профилактику химической зависимости – www.jellinek.nl. Помимо традиционных сведений о тех или иных аспектах злоупотребления психоактивными веществами данный ресурс содержал несколько систем самодиагностики, направленных на выявление негативных последствий употребления ПАВ.

Содержание систем самодиагностики, расположенных на этом сайте, носит достаточно специфический характер и находится в соответствии с западной парадигмой более либеральном отношении к проблеме наркомании. В связи с этим после перевода, систематизации и анализа контента обсуждаемого сайта были сформулированы установочные требования для проектирования пригодного для русскоязычного сегмента компьютерной сети Интернет механизма раннего выявления и профилактики аддиктивных состояний. По мнению группы специалистов, подобная экспресс-система на первоначальном этапе создания и функционирования должна носить комплексный характер, то

есть не быть изолированной и ориентированной на какое-либо конкретное психоактивное средство. Рубрики системы должны быть в достаточной степени универсальными и учитывать те проблемы, которые возникают вследствие злоупотребления различными одурманивающими агентами. По мнению авторов, при формулировании содержательной стороны структурированного интервью его положения должны носить преимущественно комментирующий, в большей степени нейтральный, а не негативный характер. Негативная информация, сформулированная в качестве вопроса, вызовет существенное искажение результатов тестирования. Данное положение не нуждается в уточнении, так как совершенно очевидно, что осевым расстройством аддиктивной анозогнозии являются вытеснение и проекция негативных когнитивно-эмоциональных комплексов, связанных с осознанием отрицательных последствий приема наркотических средств.

Значимым моментом являются итоговые рекомендации, которые должны выдаваться тестирующемуся. В них в лапидарной и, желательно, не назидательной форме должна содержаться психотерапевтически корректная, но вместе с тем реальная установка, побуждающая пусть к не немедленному, но отставленно-вероятностному критическому отношению к собственному наркоманическому поведению.

В результате проведенной работы была сформулирована содержательная основа для программной реализации разработанной интерактивной системы экспресс-диагностики, более подробно рассматриваемой ниже.

Для объяснения сути процедуры пользователям предлагался следующий текст: «Настоящая система позволит вам оценить степень вовлеченности в потребление наркотических средств и риск возникновения тех или иных осложнений. Кроме того, она подскажет вам необходимость тех или иных действий по разрешению ваших проблем с наркотиками.

Мы полагаем, что, искренне отвечая на предлагаемые вопросы, вы сможете окончательно осознать имеющиеся проблемы и принять единственно правильное решение – отказаться от наркотиков.

Если информационные материалы сайта и наши консультации вам в этом помогут, мы будем считать нашу миссию выполненной».

Содержательная часть системы экспресс-диагностики с присвоенными баллами, которые являются абстрактным выражением «веса» того или иного симптома в общей картине синдрома химической зависимости, демонстрируется в таблице, приведенной ниже. «Вес» каждой опции был установлен на основании эмпирического опыта и анализа аналогичных зарубежных систем. Приведенные баллы являются элементом административного интерфейса теста и недоступны для наблюдения тестируемым, что снижает вероятность возможности «подгонки» результатов под субъективное состояние испытуемого.

№	Вопрос	Баллы
1.	Как часто вы употребляете наркотики?	
	Несколько раз в год	1
	Ежемесячно	1
	Два-три раза в месяц	1
	Еженедельно	2
	Почти каждый день	3
2.	Вас когда-либо беспокоило то, что вы употребляете наркотики?	
	Никогда	0
	Пару раз	1
	Несколько раз	2
	Регулярно или постоянно	3
3.	Как часто вы принимали наркотики, хотя не собирались этого делать?	
	Никогда	0
	Пару раз	1
	Время от времени	2
	Регулярно	3
4.	Как часто вы находитесь под воздействием наркотика?	
	Большую часть дня	3
	Несколько часов ежедневно	3

- | | |
|--|---|
| Несколько раз в неделю | 2 |
| Несколько раз в месяц | 1 |
| Раз в месяц или реже | 1 |
| 5. Как часто вы употребляете наркотики вместе с алкоголем? | |
| Никогда | 1 |
| Крайне редко | 1 |
| Время от времени | 2 |
| Постоянно | 3 |
| 6. Вы когда-либо употребляли сочетание различных наркотиков? | |
| Всегда | 3 |
| Часто | 2 |
| Иногда | 1 |
| Никогда | 0 |
| 7. Вы когда-либо думали о том, чтобы сократить/прекратить употребление наркотиков? | |
| Никогда | 1 |
| Крайне редко | 1 |
| Время от времени | 2 |
| Постоянно | 3 |
| 8. Как часто в течение последнего года употребление наркотиков влияло на ваши показатели в работе/учебе? | |
| Никогда | 0 |
| Несколько раз за год | 0 |
| Раз в месяц | 1 |
| Раз в неделю | 2 |
| Несколько раз в неделю | 3 |
| Почти каждый день | 3 |
| 9. Вам приходилось откладывать свои дела из-за того, что вы находились в состоянии наркотического опьянения? | |
| Нет, никогда | 0 |
| Да, иногда | 1 |
| Да, регулярно | 2 |

- | | |
|---|---|
| Да, почти всегда | 3 |
| 10. Можете ли вы испытывать удовольствие бывая в обществе, но не принимая наркотиков? | |
| Да | 0 |
| Да, хотя это не так увлекательно | 1 |
| Нет, поскольку без наркотиков намного тоскливее | 2 |
| Не знаю, когда я бываю в обществе, я всегда принимаю наркотики | 3 |
| 11. Приходилось ли вам в течение последнего месяца принимать наркотики в местах, где бы вы обычно этого не сделали, например, на работе или на учебе? | |
| Нет | 0 |
| Да, однажды | 1 |
| Да, несколько раз | 2 |
| Да, очень часто или постоянно | 3 |
| 12. Наиболее важные для вас причины употреб-
лять наркотики. Выберите из списка не более
трех. | |
| Потому что мне его предлагают | 1 |
| Я привык его употреблять/это часть моей
жизни | 3 |
| Чтобы приятно себя чувствовать | 2 |
| Чтобы ослабить чувство депрессии | 2 |
| 13. С кем вы обычно употребляете наркотики? | |
| С друзьями | 1 |
| Обычно с друзьями, но иногда один | 1 |
| Обычно один, но иногда с друзьями | 2 |
| Всегда один | 3 |
| 14. Возникают ли у Вас проблемы с психическим
и/или физическим состоянием в течение не-
скольких дней после приема наркотиков? | |

- | | |
|-----------------------|---|
| Никогда | 0 |
| Крайне редко | 1 |
| Иногда | 2 |
| Регулярно | 3 |
| Практически постоянно | 3 |
15. Вы ощущали психическое и/или физическое страдание из-за того, что вы не могли употребить наркотики, когда вам этого хотелось?
- | | |
|------------------|---|
| Нет | 0 |
| Да, иногда | 1 |
| Да, часто | 2 |
| Да, почти всегда | 3 |
16. Ваш друг или знакомый, когда-либо говорил вам о том, что вам пора завязывать?
- | | |
|--|---|
| Да, иногда | 2 |
| Да, постоянно | 3 |
| Нет | 1 |
| Нет, потому что об этом никто не знает | 2 |

Варианты предлагаемых испытуемому ответов в зависимости от числа набранных баллов:

0-9 Проблемы, связанные с употреблением наркотических средств, у Вас не выявляются. Однако Вы должны помнить, что при «экспериментах» с наркотиками они у Вас неизбежно возникнут.

9-25 Несмотря на то, что зависимость от наркотических средств носит инициальный (начальный) характер, степень рисков, связанных с употреблением наркотиков, достаточно высока. В случае продолжения употребления наркотиков неизбежно возрастание степени тяжести зависимости, влекущей за собой конфликты с законом, вероятное развитие реакций передозировки и интоксикационных психозов. С другой стороны, у вас еще есть возможность самостоятельно прекратить употребление наркотиков.

26-40 Результат свидетельствует о формировании синдрома зависимости от наркотических средств. При продолжении употребления наркотиков неизбежно дальнейшее развитие нар-

комании, появление признаков токсического поражения головного мозга и внутренних органов. Рекомендуем Вам обратиться за квалифицированной медицинской и психологической помощью или попытаться самостоятельно прекратить употребление наркотиков. Постарайтесь, при возможности, обсудить возникшие проблемы зависимости со значимыми для Вас лицами.

41-54 Вы практически полностью утратили контроль за употреблением наркотиков. Продолжение их употребления неизбежно угрожает не только Вашему здоровью, но и Вашим социальным интересам. Нельзя исключить развития фатальных последствий наркомании. Вам необходимо безотлагательно принять решение о прекращении употребления наркотиков. Постарайтесь опереться на ближайшее социальное окружение в попытке найти позитивный выход из сложившегося положения. Сейчас практически в каждом регионе страны можно получить квалифицированную медицинскую, психологическую и реабилитационную помощь. Важно только Ваше желание избавиться от наркотиков.

При создании системы предусмотрены архивация и накопление результатов ее использования пользователями, что позволяет анализировать ее функционирование. Тест-опросник доступен по интернет-адресу: [http://www.narkonet.ru / ediagnost.html](http://www.narkonet.ru/ediagnost.html).

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА В МАЛЫХ ГРУППАХ ПРИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

О.И. Салмина-Хвостова

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, Новокузнецк

«Наркотик – яд, наркотик – вор здоровья, наркотик – похититель радости, наркотик отнимает сына у родителей, отца (мать) у детей ... », – отвечали пациенты с опийной наркоманией после лечения на вопрос «Что для тебя сегодня наркотик?» [2].

При наркомании все физическое и душевное состояние человека, его самочувствие оказываются в постоянной зависимости от введения наркотика, его наличия или отсутствия в орга-

низме. Больной вынужден все время принимать наркотик, иначе ему становится очень плохо. Вся жизнь больного направлена на поиск, добычу наркотика.

Продолжительность жизни наркоманов, начавших прием ядовитого вещества в молодые годы, не превышает 30-40 лет, а от начала приема – 5-7 лет. Иногда их жизнь обрывается в самом юном возрасте – от слишком большой дозы дурмана или несчастного случая во время нахождения под ложным «кайфом».

Прием наркотиков приводит к постепенному опустошению личности. Наибольшие изменения происходят в эмоциональной и волевой сферах. Люди, применяющие наркотик, становятся эгоцентричными, неискренними, лживыми. Они утрачивают не только нравственное чутье, но и эстетические принципы, часто становятся нечистоплотными, запускают свои хозяйственные и профессиональные дела. Лечить наркоманию очень сложно. Этим занимаются разные медицинские и религиозные центры, но процент успеха пока не высок. Низкую эффективность лечения можно объяснить особенностями клинических проявлений, которые включают в себя чувство «кайфа» и снижают критическое отношение пациента к болезни.

Методы психотерапии в комплексном лечении пациентов с опийной наркоманией имеют огромное значение.

Основные методы психотерапевтического взаимодействия по форме их проведения можно разделить на две большие группы:

- 1) индивидуальная
- 2) групповая (семейная) психотерапия.

«Наркоманию нельзя вылечить вчера, а только после завтра» - мы имеем в виду длительную реабилитацию. Первый этап реабилитации мы проводим в малых психотерапевтических группах вместе с созависимыми.

Цель групповой психотерапии вместе с созависимыми определяется как возможность перестройки закрепившихся повседневных стратегий поведения и мышления, несущих проблемы; установления взаимопонимания с близкими, родственниками; профессиональной и социальной адаптации; коррекции эмоционально-волевой сферы; решения экзистенциальных проблем личности (вопросы смысла жизни); развития коммуникативных навыков.

Терапия проведена в пяти группах по 6-8 человек (3-4 семьи), в которых участвовали пациенты и созависимые. По мнению большинства специалистов именно такая форма целевой работы является наиболее действенной при терапии больных с зависимостью. Работа велась по схеме «5 дней по 2 часа» на протяжении недели. В групповой психотерапии участвовало 30 человек. Упражнения для каждой группы подбирались индивидуально.

Примеры упражнений, применяемых в групповой работе:

«Снежный ком» – по кругу каждый называет свое имя и добавляет определение, соответствующее его настроению и мироощущению на момент игры. Следующий участник группы повторяет предыдущее имя и говорит свое. Ведущий перечисляет все имена – получается ком.

«Видение других» – один садится в центре круга на стул и описывает внешний вид члена группы по просьбе ведущего. В результате вырабатывается более внимательное отношение друг к другу.

«Позитивные поглаживания» – работают по парам, один, затем другой, дарят друг другу комплименты, после этого упражнения обмениваются впечатлениями.

«Брачное объявление» – написать брачное объявление о себе, психологический автопортрет, которым он мог бы заинтересовать другого человека. Каждый зачитывает, а группа редактирует.

«Кто Я?» – на 7 карточках ведущий просит написать ответ на вопрос «Кто Я?», затем посмотреть на каждую по несколько секунд и положить их по мере значимости для каждого. Прочитать.

«Уровень своего «Я» – сесть на стул и ребром ладони на уровне своего тела показать уровень своего «Я» (как ты сам себя оцениваешь).

«Девиз» – все участники по очереди говорят о том, какую футболку и с какой надписью купил бы себе, если была бы такая возможность. Эта надпись должна отражать жизненное кредо человека, его основной жизненный принцип, а цвет должен соответствовать его характеру.

«Ассоциация» – один выходит за дверь. Группа выбирает в это время человека, которого нужно угадать путем ассоциаций (с деревом, цветом, цветком, погодой, мебелью, тканью, книгой ...).

«Интервью друг у друга» (искусство интервью требует напряжения сил с обеих сторон). Каждый пробует себя в обеих ролях – дает и берет интервью. Затем каждый представляет своего собеседника всей группе.

«Сенсорные инвалиды» – работают по 3 человека. Каждая группа получает задание: спасти утопающего, подарить подарок, встретиться на вокзале и т.д. Один из участников слепой, но слышит, другой – глухонемой, общается жестами, третий – парализованный. Глухой говорит, считывает информацию с губ. Каждой группе нужно передать заданную ситуацию, чтобы поняли остальные участники группы.

«Подарки» – каждый участник группы вербально дарит какой-то подарок сидящему рядом, чтобы тому было это нужно и приносило радость (Ира, я тебе дарю букет роз ...– Спасибо, я беру ...).

«Лучшее качество» – рассказывают по кругу сидящему справа о том лучшем качестве, которое в нем есть, по мнению говорящего.

«Чемодан» – один выходит за дверь, все остальные начинают собирать его в дальнюю дорогу. В чемодан набивается все, что, по мнению группы, помогает человеку в общении с людьми. Но обязательно указывается, что мешает этому человеку в общении. Затем секретарь зачитывает список собранного в «чемодан».

«Преодоление трудностей» – изобразить символическую трудность (натянутую нить, скалы, пропасть, узкую тропинку и т.п.); все участники по очереди изображают, как они преодолевают трудности в жизни.

«Запретный плод» – все по очереди показывают, как они ведут себя в ситуации, когда их желания расходятся с внешними или внутренними нормами (роль «запретного плода» также может играть любой предмет).

«Просьба» – нужно попросить что-то для него очень важное у человека, который не сразу склонен удовлетворить его просьбу.

«Анабиоз» – работа в парах, один «замороженный», застывает в неподвижности, изображая погруженное в анабиоз существо – с окаменевшим лицом и пустым взглядом. Другой – «реаниматор», которому нужно вызволить партнера из этого состояния только с помощью взгляда, мимики, жестов и пантомимы.

«Какие у меня взаимоотношения с окружающими?» – ведущий предлагает: 1) составьте список людей, вызывающих у вас чувство симпатии, 2) составьте список людей, с которыми вам неприятно общаться, что именно вызывает у вас это чувство неприязни? 3) подумайте над тем, можно ли улучшить взаимоотношения с теми, кто вам неприятен, что зависит от вас? 4) проанализируйте причины, которые кроются в вас и не позволяют быть искренним и успешным с теми, кто вам неприятен [1].

«Здравствуй, рад тебя видеть...» – каждый обращается к соседу справа или слева с этой фразой и заканчивает обращение комплиментом, выражением своих чувств, своего отношения к соседу.

«Впечатление» – умение открыто и честно высказывать свое мнение о другом, развитие внимания к своим чувствам и чувствам другого, формирование умений вести себя в соответствии с принципом «здесь и теперь». Работа в парах - рассказать по очереди друг другу, как ты воспринимаешь собеседника, какие чувства вызывает у тебя его поведение.

«Друг для друга» – каждому ответить про каждого – где и чем может быть полезен он (Толя – с ним можно быть спокойной...).

«От всей души» – каждый участник группы по очереди дарит вербально рядом сидящему подарок, исходя из личностных особенностей того человека «Я от всей души хочу тебе подарить ...».

Завершается работа в группе тем, что ведущий (врач-психотерапевт) предлагает продолжить предложение (относительно работы в группе): «Я понял..., меня удивило..., хочу сказать».

Актуализация и структурирование социального опыта каждого участника группы происходят в ситуации «здесь и теперь», обеспечивающей максимальный терапевтический эффект об-

ратной связи. Обратная связь во всех группах была положительная. Вот что написала одна из мам: «Спасибо Вам, что снова мой сын узнал, что небо голубое, трава зеленая, что солнце светит ласково, что всё он понимает, глядя мне в глаза. Казалось, если б время мне вернуть назад, тогда смогла бы я беду предугадать.... А может, я наказана судьбою, за то, что сын мой в омут окунулся головою и огонёк в моих глазах погас. Как рада я была, узнав про Вас! Хотя без времени пришли седины, изрисовали лоб морщины, надежды не теряла я. Теперь же смыслом жизнь наполнилась моя!». А вот что написал пациент, которому всего 18 лет и 4 года он употреблял наркотик: «Прекрасен свет в конце тоннеля. Как славно жизнь опять начать! Спасибо маме, что сумела меня понять и поддержать. Как много мамой слез пролито. Нас находили даже там, где смерть повсюду, все забыто, ты снова жизнь дарила нам. Ну ладно, хватит, это в прошлом, об этом страшно вспоминать. Не будем больше мы с друзьями в трясину эту залезать. Попав сюда, я смог забыться от всей ненужной суеты. И здесь снова я родился, и поумнели даже мы» [3].

Все участники психотерапевтических групп отметили повышение эмоционального тонуса, улучшение взаимоотношений с близкими и родными, повышение самооценки, приобретение навыков межличностного общения.

Таким образом, психотерапия в малых группах при лечении опийной наркомании целесообразна и эффективна.

Литература

1. Ключева Н.В., Свистун М.А. Программа социально-психологического тренинга. Ярославль: Содействие, 1992. 64 с.
2. Хвостова О.И. Психотерапия при патологических влечениях. Новокузнецк, 2006. 37 с.
3. Хвостова О.И., Завьялова Н.Е. Принципы и организация реабилитации пациентов с опийной наркоманией. Новокузнецк, 2003. 40 с.

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ НА МНЕНИЕ ОБЩЕСТВА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ И БОЛЬНИЦ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*С.А. Сафронов, М.Г. Доморощинова
Алатырская психиатрическая больница*

Психиатрия, в сравнении с другими медицинскими специальностями, всегда привлекала особое общественное внимание. Даже в настоящее время в сознании людей все еще живут такие представления о психиатрии и о психических явлениях, которым уже давно пора бы кануть в прошлое. Сложился миф о неизлечимости психических расстройств (ПР), а образ психически больного описывается как агрессивный, опасный для окружающих, полный непредсказуемости в поведении. Существует множество предрассудков в отношении врачей-психиатров. Известие о том, что человек был на приеме у психиатра, подчас расценивается как доказательство его «неполноценности». Отмечается также предвзятое отношение к больницам психиатрического профиля, которые воспринимаются лишь как способ изолирования больных от общества, а не лечения. В создавшихся условиях возрастает роль стигмы, или статуса психически больного в обществе [1, 3].

Известно, что СМИ являются своеобразным индикатором бытующих в общественном сознании представлений. В то же время они являются мощным средством формирования общественного сознания. Анализ проблем, связанных с психическим здоровьем, которые представлены в СМИ, позволяет получить ценную информацию об отношении общества к психически больным, к психиатрической помощи, к врачам-психиатрам [2].

Материалы и методы. Для анализа материалов, опубликованных в СМИ, касающихся психиатрии и психического здоровья, был использован метод контент-анализа, который является методом выявления и оценки специфических характеристик текстов. В качестве информационного источника были выбраны следующие издания: «Советская Чувашия», «АИФ–Чувашия»,

«Алатырские вести», «Грани». Прямо или косвенно психиатрической тематики за 2008-2009 гг. касались 67 печатных материалов. Отобранные в процессе непосредственного прочтения публикации тоже классифицировались по тематике, и, таким образом, был получен новый перечень тем, отражающих современную направленность статей.

Результаты и обсуждение. Образ врача-психиатра по материалам публикаций в целом вызывает сложную гамму эмоций (таблица). Психиатр предстает не совсем компетентным специалистом, иногда – мошенником, который, используя свое знание о психике человека, переквалифицируется в колдуна и экстрасенса. Из ряда статей создается впечатление, что психиатры иногда сами являются лицами, которые наклеивают ярлык пациенту («шизофреник», «дебил», «непредсказуемый наркоман»), относя тем самым себя к сторонникам стигматизации в психиатрии.

Образ психически больного производит чаще всего мало-приятное впечатление. Так, в ряде статей психические больные упоминаются вместе с различными преступлениями, что оказывает крайне негативное влияние на формирование образа психически больного в общественном сознании, он определяется в первую очередь как «опасный преступник», «маньяк-убийца», «персонаж из фильмов ужасов». Доля публикаций посвящена описанию случаев жестоких нападений больных на работников психиатрических стационаров, их убийств, что ещё больше укрепляет мнение обывателя о жестокости психически больных и необходимости их изоляции от общества. Иногда психически больной выступает как жертва злоупотреблений психиатров и родственников, что вызывает сочувствие читателя, жалость с его стороны.

По содержанию статей об учреждениях психиатрического профиля складывается мнение, что в связи с недостаточным финансированием психиатрическая служба не в состоянии обеспечить ни должного лечения, ни даже достойного содержания психически больных. В отдельных статьях журналисты представляют «разоблачение» «истинного положения» внутренней жизни больницы с «тюремными» порядками в отделениях.

Распределение газетных публикаций по темам и месяцам года

Тема	Год	Месяц												Итого	
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12		
Психиатрические больницы	2008	1				1									2
	2009			1											1
Психически больные	2008	1									1				1
	2009			1				1				1			3
Самоубийства	2008	1		3	3	1		1		1	2				12
	2009	2			1	1		3		1					8
Наркомания	2008	1		1	1	2		1	1		1	1	2		11
	2009	2	2		1	1	2	1			1		2		12
Алкоголизм	2008	1	1			2		1	2		1				8
	2009			1			1	1	1		1				5
Врачи-психиатры	2008			1				1							2
	2009				1					1					2

Таким образом, несмотря на организационные и правовые изменения в работе психиатрической службы за последнее пятнадцатилетие, её образ в материалах прессы сохраняет преимущественно негативную направленность. Интересен сам факт оказания на формирование общественного мнения отрицательной информации, навязанной прессой.

В качестве инструмента для оценки общественного мнения стигматизации в области психиатрии был использован оригинальный опросник. Он состоял из 20 вопросов, которые касались основных сфер психологического и социального отношения общества к лицам, страдающим ПР, собственно врачам-психиатрам, особенностям восприятия психиатрических клиник. Респондентам предлагалось 4 варианта ответа: «да», «скорее да», «скорее нет» и «нет». Было опрошено 634 респондента, из которых мужчины составили 29,2%, женщины – 70,8%, до 38 лет – 51,5%, от 38 лет и старше – 48,5%. Большинство респондентов обнаруживали недостаточную компетентность в вопросах, касающихся клиники ПР, демонстрировали высокую степень социальной удалённости от психически больных.

Основными поводами к дискриминации больных с ПР являлись:

- распространённое утверждение, что лица, страдающие ПР, обычно имеют низкий интеллект и чаще всего неспособны эффективно заниматься трудовой деятельностью;

- что психически больные – люди, которые не в состоянии контролировать свои действия и отвечать за них, что поступки их непредсказуемы и опасны.

Мнение общества о несостоятельности психически больных не выдерживает никакой критики. Не секрет, что среди величайших людей и нашего, и прошлого времени, немало больных с ПР. К сожалению, это обстоятельство мало учитывается среди населения [1]. Так, 67,1% респондентов считают, что лица, страдающие ПР, не вносят какого-либо вклада в общественную жизнь, т.е. несостоятельны, 17,1 % уверены в том, что психические больные – малоталантливые и негениальные люди, 18,7% полагают, что это глупые люди. Очевидно, что подобное отношение окружающих к психически больному человеку приводит к развитию у него комплекса неполноценности, ущербно-

сти и к усугублению симптомов заболевания и является ещё одним фактором стигматизации.

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

В действительности нет никаких оснований бояться больных, страдающих ПР, они в основном не агрессивны. Большинство из них как раз очень замкнутые и тихие люди. По статистике, случаи агрессивного поведения среди них встречаются не чаще, чем среди здоровых людей. Однако стоит признать, что при психопатиях вероятность непредсказуемого поведения всё же выше, чем в среднем в обществе. Среди факторов, способствующих совершению общественно опасных действий, наверное, самыми существенными являются наркомания и алкоголизм, оторванность от социальной среды и, разумеется, отсутствие лечения. Стоит также принять во внимание, что агрессивные действия психически больных чаще совершаются в семье, в кругу близких знакомых или в лечебном учреждении и посторонние люди редко оказываются пострадавшими.

При рассмотрении вопросов, касающихся отношения общества к врачам-психиатрам, отмечаются достаточно положительные результаты: 45,1% респондентов утверждают, что врачи-психиатры – уважаемые в обществе люди, 36,4% уверены, что врачи-психиатры могут многое сделать для своих пациентов [1].

Как свидетельствует практика, информирование родственников больных в области психического здоровья благотворно влияет на имидж врача-психиатра и психиатрического кабинета, снижает «порог обращаемости» населения на территории обслуживания, что, в конечном счёте, увеличивает вероятность ранней обращаемости больных.

Естественно, что наиболее действенная и рациональная медико-психиатрическая помощь предоставляется в условиях психиатрического стационара. Тем не менее и в наше время в сознании некоторых людей встречаются попытки объяснить психо-

патологические проявления с позиции участия сверхъестественных сил: 20,5% респондентов считают, что врач-психиатр – это врач, который «видит насквозь», «читает мысли»; 16,7% утверждают, что врач-психиатр исцеляет при помощи ненаучных методов лечения.

Наблюдается пессимистический подход к судьбе психически больных, неверие в лечение, предрассудки в суждениях о ПР и психиатрических клиниках (к сожалению, общество до сих пор считает, что психиатрические больницы не лучше, чем тюрьмы, – по данным опроса, так считают 38,1% опрошенных респондентов) [1].

Действительно, было время, когда психиатрические больницы с постоянными решетками на окнах, закрытыми дверьми производили впечатление неприступных крепостей. В настоящее время отношение к психически больным коренным образом изменилось. Появились новые формы психиатрической помощи, в том числе дневные стационары. Постепенно исчезли огромные палаты, канули в вечность «изоляторы». В современном психиатрическом отделении к услугам пациентов радио, телевизор, библиотека, настольные игры; на окнах шторы, на стенах картины. Во многих отделениях разрешается носить свою одежду. При организации новых форм стационарной помощи учитывается роль влияния среды на состояние больных. При направлении пациента в психиатрический стационар врач руководствуется положением, «чем раньше начать лечение, тем больше оснований полагать, что оно окажется наиболее действенным». Имеет значение и учитывается социальная опасность, которую больной представляет для себя и окружающих.

Таким образом, результаты исследования общественного мнения показывают общность представлений, существующих в обществе, с информацией, представляемой СМИ. Следовательно, для профессионального сообщества психиатров является своевременным поставить на повестку дня разработку концепции работы психиатров с прессой и в целом СМИ. Необходимо выработать комплекс конкретных мер, направленных на использование СМИ данных для формирования более адекватного представления в общественном сознании образов врачей-

психиатров, психически больных, психиатрических клиник, преодоления таким образом стигмы и сегрегации.

Нужно стремиться к тому, чтобы как можно шире распространялись знания по психиатрии, чтобы как можно более широкие круги были знакомы с ее проблемами и с теми огромными возможностями, которые предоставляет в этой области наука. Если общественное мнение будет относиться к психически больным людям не с точки зрения энергичной самозащиты от «опасности», а стремясь понять больного человека и суть происходящих с ним явлений, то гораздо большие успехи могут быть достигнуты в области психиатрии, в борьбе с ПР.

Литература

1. Голенков А.В., Сафронов С.А. Отношение жителей Алатырского района к психически больным и психиатрии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. №6. С. 132-138.

2. Ястребов В.С., Трущелев С.А. Социальные образы психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. №6. С. 65-68.

3. Dahlberg K., Waern M., Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – Investigating the role of personal experience of mental health care // BMC Public Health. 2008. 8:8. doi:10.1186/1471-2458-8-8.

ДИНАМИКА СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В 1985-2010 гг. В ЧУВАШИИ

И.Е. Булыгина, С.Д. Федорова

Чувашский госуниверситет им И.Н. Ульянова,

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Ситуация, связанная с потреблением психоактивных веществ (ПАВ), характеризуется динамичностью и требует постоянного наблюдения, чтобы своевременно реагировать на изменения уровня потребления. Причем планирование мер профилактической направленности может быть эффективным только в

том случае, если оно основано на достоверной информации об их распространении.

Одним из значимых показателей «наркологической напряженности» являются данные официальной наркологической статистики. Данные показатели заболеваемости и распространенности наркологических заболеваний рассчитываются на основании учета обращений граждан в лечебно-профилактические учреждения без учета лиц, обратившихся в частные структуры. На регистрацию ситуации, связанной с приемом ПАВ, влияют такие факторы, как действующая законодательная база, система оказания наркологической помощи, обеспеченность территорий специалистами психиатрами-наркологами. Тем не менее, несмотря на некоторую ограниченность этих показателей, при анализе и оценке статистических данных, особенно за определенные промежутки времени, эти показатели достаточно четко фиксируют основные тенденции потребления ПАВ среди населения. Поэтому с момента становления наркологической службы особое внимание уделялось систематическому учету больных наркологического профиля, что находило свое отражение в ежегодных статистических сборниках.

Одним из основных показателей, характеризующих здоровье населения в целом, является показатель заболеваемости. Заболеваемость – это показатель распространения болезней, выявленных за определенный промежуток времени. В наркологической практике основным индикатором «алкогольной напряженности» в популяции принят показатель первичной и общей заболеваемости алкогольными психозами, так как варианты психотического алкоголизма практически всегда требуют госпитализации.

Динамика первичной заболеваемости алкогольными психозами в Чувашской Республике (ЧР) крайне вариабельна и прямо зависит от антиалкогольной политики, проводимой в разрезе страны. Так, в 1985 г. первичная заболеваемость алкогольными психозами в республике составила 19,1 на 100 тыс. населения, в дальнейшем в результате превентивных мер, направленных на своевременное выявление лиц, потребляющих алкоголь, данный показатель имел тенденцию к снижению. В 1990 г. он составил 6,9 на 100 тыс. населения, что в 2,8 раза ниже показателя 1985 г.

Изменения, происходящие в государственной антиалкогольной политике в 1992-1996 гг., когда страна ослабила контрольные функции за оборотом алкогольной продукции, привели к резкому скачку роста заболеваемости алкогольными психозами. Так, уже к 1995 г. был отмечен рост алкогольных психозов в 4,1 раза по отношению к уровню 1990 г. В 1995-2000 гг. продолжалась прослеживаться негативная тенденция увеличения больных с психотическим алкоголизмом, которая в республике была преодолена в результате системного выполнения плана мероприятий по реализации Указа Президента ЧР от 04 декабря 2002 г. № 137 «О дополнительных мерах по усилению контроля за потреблением алкоголя, профилактике алкоголизма и пьянства». Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами в течение последних трех лет имел тенденцию к снижению: в 2007 г. составил 19,7 на 100 тыс. населения, в 2008 г. – 19,6, в 2009 г. – 16,6. По сравнению с показателем 2007 г., в 2009 г. произошло его снижение на 15,7%, что свидетельствует о достаточно высоком уровне мероприятий по превенции.

Динамика первичной заболеваемости алкогольными психозами в 1985-2009 гг. в республике представлена на рис. 1.

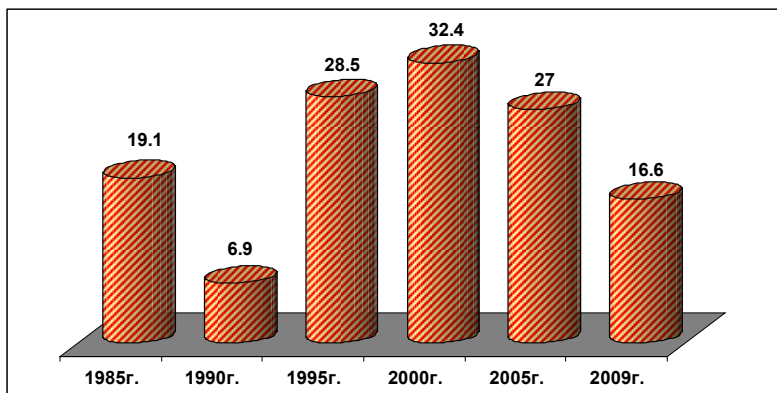


Рис. 1. Первичная заболеваемость алкогольными психозами с 1985 по 2009 г.

Необходимо отметить, что, несмотря на снижение уровня первичной заболеваемости алкогольными психозами, в разрезе

1985-2009 гг. в самой структуре алкогольных психозов произошли существенные изменения. Так, если в 1985-1990 гг. преобладала чисто делириозная симптоматика психотических расстройств, то в настоящее время все чаще регистрируются атипичные расстройства: псевдогаллюцинаторные, элементы психического автоматизма. Крайне прогностически неблагоприятным фактором является развитие алкогольных психозов у более молодой категории больных, в том числе и в возрастной группе 18-19 лет, что не наблюдалось в 1985 г., и увеличение соотношения числа женщин с 1:10 в 1985г. до 1:6 в 2009 г.

В динамике первичной заболеваемости алкоголизмом в республике в 1985-2009 гг. также прослеживается прямая взаимосвязь между числом зарегистрированных больных и антиалкогольной политикой в стране. С момента антиалкогольной кампании 1985 г., когда больных активно выявляли, направляли в лечебные учреждения все субъекты профилактики: врачи общей лечебной сети, участковые милиционеры, руководители предприятий, число впервые выявленных больных было максимальным. Число больных, находящихся под наблюдением наркологической службы республики с диагнозом «алкоголизм», в 1985 г. достигло 23 255 человек, причем уровень первичной заболеваемости составил 400,8 на 100 тыс. человек. С лицами, злоупотребляющими алкоголем, велась лечебно-профилактическая работа, направленная на формирование установок трезвого образа жизни. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 12 сентября 1988 г. №704 осуществлялась работа по диспансерному наблюдению больных, а в случае их несвоевременного обращения к врачу проводился патронаж на дому совместно с участковым милиционером. Ослабление мер антиалкогольной политики, введение в действие в 1993 г. Основ законодательства Российской Федерации (РФ) об охране здоровья граждан, когда предварительным условием любого врачебного вмешательства является информированное добровольное согласие, привели к снижению числа впервые зарегистрированных больных алкоголизмом. По итогам 2009 г. в наркологических учреждениях республики зарегистрировано 22 570 больных алкоголизмом. Показатель общей заболеваемости алко-

лизмом составил 1764,2 на 100 тыс. населения, что на 2,3% меньше показателя 2008 г. (1806,2).

Число впервые зарегистрированных больных с алкогольной зависимостью в 2009 г. составило 119,9 на 100 тыс. населения, что на 18,5% меньше показателя 2008 г. (147,2). Заболеваемость алкоголизмом наиболее высока в городе Шумерля (207,7), что превышает среднереспубликанские показатели в 1,7 раза. В разрезе сельских районов максимальное число выявленных больных наблюдается в Ибресинском (195,4), Яльчикском (194,5), Козловском (181,4) районах, что свидетельствует о реальном межведомственном подходе к вопросам профилактики наркологической патологии.

Среди больных алкоголизмом преобладают мужчины – 80,1%, женщины составляют 19,9%. В 2009 г. соотношение мужчин и женщин было 4,0:1 (1985 г. – 9,2 : 1; 1995 г. – 6,1:1; 2005 г. – 4,1 : 1).

Среди больных алкоголизмом доля сельских жителей равна 42,5%, городских – 57,5%. Соотношение городского и сельского населения составило 1,35:1 (2008 г. – 1,3:1). Динамика первичной заболеваемости алкоголизмом представлена на рис. 2.

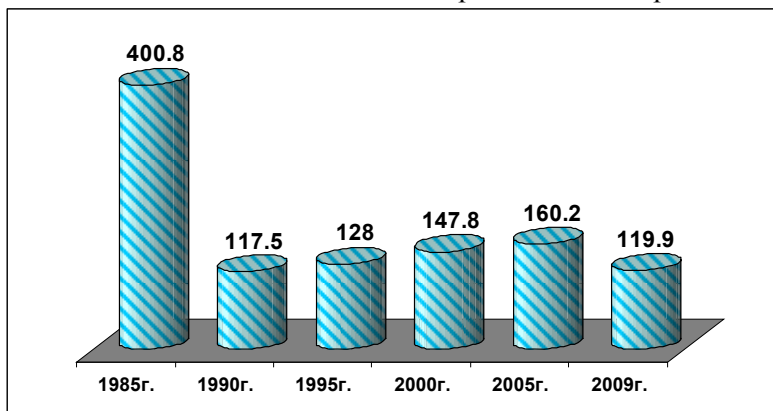


Рис. 2. Первичная заболеваемость алкоголизмом с 1985 по 2009 г.

Некоторое снижение находящихся под наблюдением наркологической службы больных алкоголизмом и уменьшение притока впервые обратившихся больных объясняются развитием сети ча-

стных наркологических учреждений, оказанием платных анонимных услуг наркологической службой, которые в большей степени позволяют сохранить конфиденциальность, что является более привлекательной формой для пациентов с высоким реабилитационным потенциалом. Таким образом, несмотря на относительно благополучные данные государственной статистики, которая основана на обращаемости больных в государственные наркологические учреждения, реальная болезненность алкогольной патологией среди населения значительно выше и, несмотря на активные меры антиалкогольной политики в рамках национального проекта «Здоровье», проблема злоупотребления алкоголем в современной наркологии не утрачивает своей актуальности.

В настоящее время немедицинское потребление наркотиков при сохраняющейся тенденции сокращения численности населения считается одной из серьезных угроз национальной безопасности нашей страны. Ситуация, связанная с наркотиками, остается крайне сложной. Стремительно увеличиваются объемы конфискованных наркотиков, число преступлений, связанных с их незаконным оборотом, масштабы немедицинского потребления наркотиков и выраженность негативных медико-социальных и социально-психологических проблем, обусловленных данным явлением. Динамика первичной заболеваемости наркоманиями в нашей республике отражает общие тенденции наркоситуации в целом в стране. В 1985 г. наркологической службой республики впервые было выявлено 18 человек. С установленным диагнозом «наркомания». Это были лица, ранее судимые, и основным наркотиком были кустарно приготовленные препараты мака. 1985-1993 гг. были относительно стабильны в отношении уровня заболеваемости наркоманиями. Бурный рост заболеваемости пришелся на 1995-2000 гг. В этот период число впервые выявленных больных наркоманиями увеличилось в 15,5 раза с 25 чел. в 1995 г. до 399. Тогда же в республике выявлен рост заболеваемости наиболее тяжелыми формами наркоманий - героиновой, эфедроновой, отмечается омоложение потребителей наркотических веществ. Динамика первичной заболеваемости наркоманиями представлена на рис. 3.

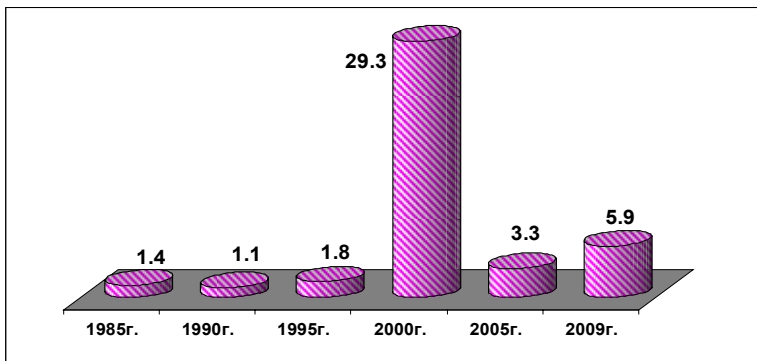


Рис. 3. Первичная заболеваемость наркоманиями с 1985 по 2009 г.

Сложность ситуации, связанной с потреблением наркотиков, прежде всего в молодежной среде, требует активизации антинаркотической деятельности. В настоящее время профилактика наркозависимости, лечение и реабилитация лиц, употребляющих наркотики, проводятся в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах». В целях повышения эффективности борьбы с наркопреступностью, активизации деятельности всех субъектов профилактики был принят Закон ЧР от 7 октября 2008 г. №53 «О профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ».

Республиканская целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту в Чувашской Республике на 2005-2011 годы», утвержденная Постановлением Кабинета Министров от 31 января 2005 г. №15 (в ред. Постановлений Кабинета Министров ЧР от 15 сентября 2006 г. №233, от 15 февраля 2007 г. №26, от 12 сентября 2008 г. №275), позволила выстроить целостную систему профилактики распространения наркотических веществ как на республиканском, так и муниципальном уровнях, возглавляемую Антинаркотической комиссией ЧР.

Координация Антинаркотической комиссией превентивных мероприятий, проводимых в республике, позволила вывести вопросы противодействия незаконному обороту наркотиков на

более высокий уровень организации, обеспечить реализацию единой антинаркотической политики по комплексному регулированию контроля за оборотом наркотиков, эффективнее решать вопросы ранней диагностики, лечения и реабилитации больных наркоманиями, а также совершенствовать систему межведомственного взаимодействия

В республике, по итогам 2009 г., зарегистрировано 1083 больных наркоманией (84,7 на 100 тыс. населения) и 1302 (101,8) потребителей наркотиков без явлений зависимости. Необходимо отметить, что уровень заболеваемости в ЧР на протяжении 2005-2009 гг. ниже, чем в целом по РФ и ПФО.

Потребление наркотических веществ сельскими жителями вызывает особую тревогу, поскольку это свидетельствует о возрастающих масштабах проблемы, разрушении общественных устоев и социальных связей, которые традиционно существовали на селе. Для раннего выявления потребителей ПАВ в сельской местности все наркологические кабинеты оснащены системами для экспресс-диагностики состояний наркотического опьянения. Структура потребления наркотиков на протяжении всего эпидемиологического процесса в нашей республике коренным образом не меняется – преобладает опийная группа (98,1%).

В разрезе районов и городов ЧР наибольший уровень заболеваемости наблюдается в городах и сельских районах, территориально граничащих с другими областями, более неблагополучными в плане потребления наркотиков (Татарстан, Нижний Новгород).

Проблемы распространения токсикоманий в республике менее актуальны, так как ситуация, связанная с потреблением токсических веществ в республике, практически стабильная. За 1985-2009 гг. уровень первичной заболеваемости варьировал от 0,5 в 1995 г. до 0,3 в 2009 г. Динамика первичной заболеваемости токсикоманиями представлена на рис. 4.

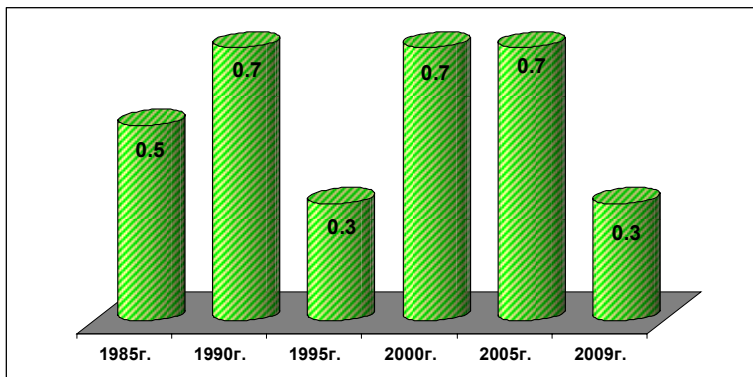


Рис. 4. Первичная заболеваемость токсикоманиями с 1985 по 2009 г.

Таким образом, изучение динамики первичной заболеваемости наркологической патологией в 1985-2009 гг. в Чувашии свидетельствует, что уровень регистрации наркологической патологии прямо зависит от концепции государственной антиалкогольной и антинаркотической политики, действующей в стране.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ВРАЧЕБНОЙ БЕСЕДЫ ПРИ ТАБАКОКУРЕНИИ

*О.И. Салмина-Хвостова, А.А. Голощапов
ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава,
Городская клиническая больница № 1, Новокузнецк*

По данным экспертов ВОЗ, смертность среди курящих сигареты на 30-80% выше, чем среди некурящих. В России ежегодно умирают около 300 тыс. курильщиков и в мире – 4 млн.

Никотин – нервный яд (никотин появляется в тканях мозга спустя 7 секунд после 1-й затяжки), действующий в первую очередь на ганглии (нервные узлы) вегетативной нервной системы, регулирующей в нашем организме деятельность внутренних органов и обмен веществ, а также на центральную нервную систему. После кратковременного возбуждения нервных цен-

тров никотин угнетает их. Смертельной дозой для человека является всего несколько сотых грамма никотина. Такое количество содержится в 20-25 папиросах. Не погибают курильщики потому, что эта доза принимается ими постепенно и со временем устойчивость к никотину повышается [3].

Лечение никотиновой интоксикации сложное, необходимо психотерапевтическое лечение плюс симптоматические средства, лечение отвращением. Заместительная терапия – это комплексное воздействие на личность и соматическую сферу пациента [4]. Существуют три способа прекращения употребления табака: одномоментное прекращение, быстрое прекращение, постепенное отучивание от курения. Задача заключается в том, чтобы выработать отрицательную условно-рефлекторную реакцию на запах, вкус, вид табачного дыма и табака.

Психотерапевтический подход может реализовываться уже в беседе с больным. Колоссальную роль в установлении хорошего контакта и понимания между врачом и пациентом, а, следовательно, и в формировании высокой приверженности к лечению играет понятный больному язык. Главным при этом является создание доверительной атмосферы. Беседу с пациентом необходимо вести спокойно, вежливо, вопросы следует задавать отчётливо, в легкодоступной форме, обращаясь к пациенту по имени и отчеству и на «Вы». Поздоровавшись с больным и предложив ему сесть, необходимо поинтересоваться состоянием его здоровья, что создаёт обстановку доброжелательности и позволяет врачу вести беседу в необходимом направлении. Тон разговора должен быть мягким. Задавая вопросы, нельзя быть назойливым и однообразным. Не следует прерывать больного, даже если он детализирует факты, научно доказано, если дать больному возможность высказаться, он говорит не более 2 минут. Врач выслушивает больного (проявляя технику «Активного слушания»), чтобы определить, что в данный момент его волнует больше всего. Пациента, как правило, тревожат симптомы болезни, он подавлен и беспокоен. В лице врача ему важно найти не только опытного специалиста, но и человека, способного сопереживать. Следует сообщать пациенту необходимую и понятную ему информацию о болезни, лечении, прогнозе, осторожно использовать медицинские термины, так как он может их

неправильно понять. Важно стимулировать адекватное поведение больного и его стремление к лечению и выздоровлению (Б.Д. Карвасарский, 1995). По ходу беседы в случае, когда пациент оказывается прав в своих рассуждениях, врач активно поддерживает его в этом: «Вы правы», «Вы приняли правильное решение», «я с Вами согласен». Поддержка, оказываемая врачом пациенту, вселяет в него уверенность, повышает доверие к врачу, убеждает, что врач понимает и разделяет его позицию, порождает оптимизм, надежду на благополучный исход. Не следует оставлять пациентов в состоянии неправильных решений. Будучи ошибочно уверенными в своей «правоте», они ещё более усугубляют своё положение. Само разубеждение должно проходить тактично, не задевая самолюбие больного, и в доступной ему форме. Важно привести примеры из практической деятельности, указав на благоприятный исход болезни при выполнении пациентами рекомендаций врача. Это благотворно влияет на самочувствие пациентов, улучшает настроение и повышает доверие к врачу.

Психотерапия, как индивидуальная, так и групповая, имеет ведущее значение при лечении табакокурения. Наиболее часто используются рациональная, гипносуггестивная, эмоционально-стрессовая, косвенная психотерапия, аутогенная тренировка, самовнушение, внушение наяву.

Для того чтобы психотерапевтические воздействия были более эффективны, они должны составлять систему взаимодействующих компонентов. Системный подход в психотерапии, предложенный А.Т. Филатовым (1982), предусматривает выделение ее составных частей по отношению к патологическому процессу (этиологическая, патогенетическая, симптоматическая), а также различных уровней воздействия (биологических и психических).

При лечении табакокурения этиопатогенетическая психотерапия, по нашему мнению, направляется на подавление влечения к курению, купирование или уменьшение явлений абстиненции, формирование аверсии к запаху табачного дыма, вкусу и виду табачных изделий. Симптоматическая психотерапия применяется для устранения отдельных симптомов заболевания: раздражительности, колебаний настроения, нарушений сна и

т.п. Психотерапия, направленная на биологический уровень, включает воздействие на пораженные органы (например, желудок, сердце и т.п.), системы (дыхательную), психический уровень - воздействие на психические сферы (например, память, внимание) и личность (например, коррекция характерологических особенностей).

Наряду с применением описанного подхода, мы рекомендуем использовать предложенную В.П. Бугаенко [2] трехкомпонентную систему психотерапии табакокурения, направленную на формирование стойкой и выраженной установки на воздержание от курения.

Система состоит из 3 компонентов: эмоционального, информационного и поведенческого, каждый из которых включает 3 периода, отражающих основные задачи психотерапевтического воздействия. Она предполагает использование всех методов психотерапии, применяемых для лечения табакокурения: рационального, гипносуггестивного, группового, эмоционально-стрессового, косвенной психотерапии, внушения наяву, психической саморегуляции (самовнушения, аутогенной тренировки).

Индивидуализированный выбор тактики психотерапии не исключает унификации ее методов и допускает возможность замены одной методики на другие. Применение системы психотерапии не исключает возможности изменения очередности проведения ее периодов, которые могут включать элементы других периодов, однако, при сохранении системности психотерапевтического воздействия.

Значимость задач периодов, зависящая от особенностей состояния и личности пациента, и факторов, оказывающих влияние на проявление заболевания и лечения, будет обуславливать длительность и выраженность психотерапевтических воздействий, необходимых для их решения.

Предложенная трехкомпонентная система хотя и выглядит несколько схематично, но отражает основные направления психотерапии табакокурения, позволяет определить ведущие задачи психотерапии в каждом конкретном случае, их значимость и последовательность решения, наиболее эффективные методики и т.п.

С учетом того, что эффективность лечения во многом зависит от силы и стойкости мотивов, побуждающих к лечению, мы рекомендуем начинать психотерапию с эмоционального компонента и, в частности, от формирования и укрепления положительно окрашенного эмоционального отношения к состоянию здоровья, образу жизни без курения табака с применением рациональной психотерапии.

Рациональная психотерапия может проводиться как в форме индивидуальных, так и групповых бесед. При рациональной психотерапии используются логические доказательства, направленные на формирование и укрепление установки на воздержание от курения. Рациональная психотерапия применяется во всех трех компонентах психотерапевтического воздействия. Для решения задач эмоционального компонента целесообразно использовать следующие приемы: повысить значимость мотивов, которые могут способствовать прекращению курения. С этой целью следует подтверждать важность тех побуждений, которые послужили причиной лечения, останавливаться на фактах, эмоционально затрагивающих пациентов. Необходимо использовать половые, возрастные, профессиональные и другие особенности пациентов. Так, например, женщинам необходимо подчеркивать улучшение внешней привлекательности при прекращении курения. Мужчинам необходимо указать на повышение активности, работоспособности, потенции и т.п. Педагогов, тренеров и лиц других специальностей, для которых большое значение имеет их профессиональный уровень, следует убедить, что курение свидетельствует об их профессиональной несостоятельности и т.п. Доказать, что образ жизни некурящих людей значительно более здоровый. В процессе лечения необходимо обращать внимание пациентов на улучшение самочувствия, наблюдающееся при прекращении курения, убедить в высокой эффективности и необходимости овладения приемами психической саморегуляции.

Для решения задач информационного компонента предлагаются следующие приемы: информировать о проявлениях заболевания, вреде курения для организма курящего и окружающих, убедить в том, что прекратить курение и, главное, не возобновлять его в дальнейшем по силам каждому. А.Т. Филатов (1977 г.)

предложил следующий вариант рассудочной психотерапии, проводимой сразу после обследования больного. «Вы приняли правильное решение. Вам давно пора прекратить курение. У Вас имеются изменения в деятельности сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной и нервной систем, вызванные отравлением никотином. Сейчас, с этой минуты Вы должны принять решение и прекратить курение. Если Вы такое решение принимаете, то сейчас же бросьте в урну папиросы и спички. Я считаю, что у Вас достаточно силы воли, чтобы самому прекратить курение. Не напоминайте мне, я помню, что Вы несколько раз бросали курение, но вскоре снова возобновляли его. Я объясню это тем, что по-настоящему Вы не пытались бросить курение. Ведь много людей бросает курить самостоятельно, и Вы можете это сделать, только надо как следует взяться. Что, у Вас воля слабее, чем у других людей? Нет, Вы волевой человек. У Вас нет каких-либо расстройств нервной системы, которые бы помешали Вам бросить курение? Если вы считаете, что у Вас дефект психики, дефект воли, то скажите мне об этом. Я у Вас никакого дефекта не нахожу. Вы справедливо утверждаете, что врачи назначают лекарство от курения. Действительно, мы иногда назначаем лекарство от курения, но повторяю Вам, назначаем лекарство тем, у кого обнаруживаем психический дефект, так как действительно психически неполноценные люди не могут сами бросить курить: у них вследствие дефекта, вследствие психического ущерба не хватает на это силы воли. Я у Вас никакого дефекта психики не нахожу. Считаю, что раньше у Вас не было настоящего желания бросить курение, потому Вы воздержались от курения только несколько дней. Желаю успеха».

Доказать, что укрепляя силу воли можно научиться отказывать себе в курении все чаще и чаще, а затем полностью прекратить его.

Таким образом, объяснение механизмов развития заболевания и возникновения патологического состояния позволяет повысить мотивацию на лечение. Выяснение причин и устранение их на психологическом уровне позволяют не только повысить эффективность лечения патологических влечений с формированием нового стереотипа поведения, но и сохранить достигнутый результат.

Литература

1. Берестнёв К., Гайтон Р. Программа, нацеленная на отказ от курения // Сестра милосердия. 2002. №4. С.34-36.
2. Бугаенко В.П., Филатов А.Т., Кадук Г.И. Психотерапия, рефлексотерапия и медикаментозное лечение табакокурения: методические рекомендации. Харьков, 1988. 25 с.
3. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции распространённости наркологических расстройств в Российской Федерации в 2002 г. // Журнал психиатрия и психофармакотерапия. 2002. № 4. С.140-142.
4. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Новиков К.Ю. Практическое руководство по лечению табачной зависимости / // Русский медицинский журнал. 2001. Т.9, № 21. С. 904-910.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Д.Ю. Александров, С.Д. Федорова, И.Е. Булыгина
Республиканский наркологический диспансер,
Чувашский госуниверситет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары*

Одним из значимых показателей, характеризующих распространённость злоупотребления алкоголем среди населения, является показатель болезненности и заболеваемости алкогольными психозами. Нами была проанализирована ситуация в республике, связанная с динамикой заболеваемости алкогольными психозами в 1999-2009 гг.

На величину данного показателя влияет ряд факторов, таких как уровень их регистрации в популяции, связанный со структурой и доступностью наркологической помощи населению, а также качество оказания неотложной помощи, в том числе и негосударственными структурами. В научных исследованиях отмечено, что риск развития психотических вариантов алкогольной зависимости прямо связан с качеством лечения состоя-

ний отмены алкоголя. Динамика болезненности алкогольными психозами представлена на рис. 1.

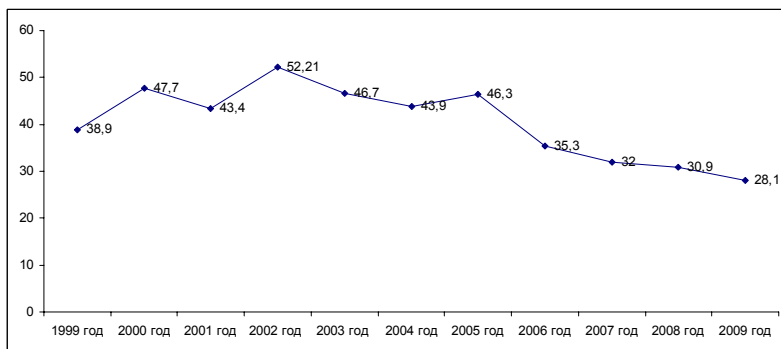


Рис. 1. Динамика общей заболеваемости алкогольными психозами в 1999-2009 гг.

В изучаемый период данный показатель варьировал от 38,9 в 1999 г. до 28,1 на 100 тыс. населения в 2009 г. Максимально высокий уровень заболеваемости отмечался в 2000-2002 гг., именно в этот период прослеживался крайне высокий уровень алкоголизации населения, в том числе и потребление суррогатов алкоголя с широкой рекламой «проалкогольного» поведения. В нашей республике для стабилизации алкогольной ситуации была разработана система мер, направленных на снижение уровня негативного воздействия алкоголя на человеческие ресурсы. В рамках выполнения Указа Президента Чувашской Республики от 15 февраля 1994 г. №34 «О мерах по обеспечению правопорядка» в республике принимались меры по структурной реорганизации наркологической службы, направленные на повышение её эффективности. Была принята Программа совершенствования наркологической помощи в Чувашской Республике, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Чувашии от 21 июня 1994 г. №252. Данные мероприятия позволили повысить эффективность мер, направленных на превенцию психотических вариантов алкогольной зависимости и раннее выявление больных группы риска. Несмотря на напряженность алкогольной ситуации, в республике уровень забо-

леваемости остался в 1,4 раза ниже показателя Приволжского федерального округа и 1,5 раза – показателя РФ. Более четкая динамика взаимосвязи уровня превентивных мер и частоты развития алкогольных психозов можно наблюдать на примере показателя первичной заболеваемости алкогольными психозами, которая представлена на рис. 2.

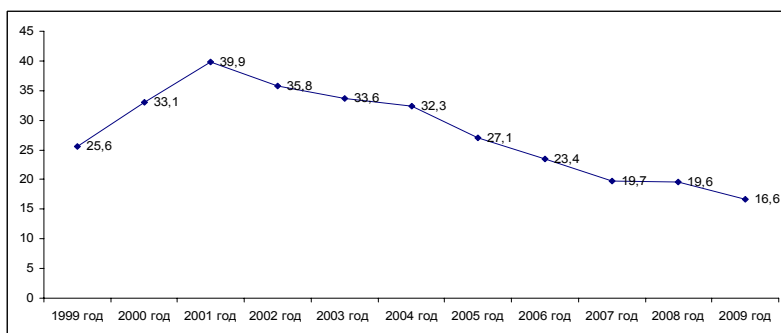


Рис. 2. Динамика первичной заболеваемости алкогольными психозами в 1999-2009 гг.

В 2009 г. показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами составил 16,6 на 100 тыс. населения, что в 1,5 раза ниже показателя 1999 г. По распространенности алкогольных психозов на территории Чувашской Республики на протяжении ряда лет первое ранговое место занимал Канашский, второе – Козловский, третье – Чебоксарский район.

Минимальный уровень заболеваемости наблюдался в Моргаушском (8,0 на 100 тыс. населения), Урмарском (13,9 на 100 тыс. населения) и Яльчикском районе (11,6 на 100 тыс. населения).

Структура алкогольных психозов на протяжении исследуемого периода практически не претерпела существенных изменений. Чаще всего регистрировался алкогольный галлюциноз (44,1%), острый алкогольный делирий наблюдался у 40,5% больных, синдром отмены с психотическими нарушениями – у 9,4%; синдром отмены с судорожным синдромом – у 6,5 %.

Среди больных алкоголизмом на протяжении последних лет имела тенденция к увеличению числа городских жителей. Если жители города в 1999 г. составляли 53,6%, то их доля к 2009 г. выросла до 57,5%. Тенденция к снижению заболеваемости алкогольными психозами в сельской местности обусловлена общим снижением уровня жителей села, связанным с миграцией населения.

В возрастном паттерне прослеживалась негативная динамика – рост психозов в возрастной категории 20-39 лет, что свидетельствовало о сохраняющейся тенденции омоложения психотического алкоголизма. В то же время имелись и положительные изменения: по сравнению с 1999 г. в 2009 г. число женщин, перенесших алкогольные психозы, снизилось со 111 до 55 чел.

По-прежнему сохраняется высокий удельный вес неработающего населения (2003 г. – 61,7%, 2004 г. – 74,5, 2005 г. – 79,0; 2008 г. – 86,7, 2009 г. – 82,9%). 63,7% из них не работали больше 3 лет, 30% выезжали на кратковременные заработки за пределы республики. В структуре больных, перенесших алкогольный психоз, преобладают лица с низким образовательным статусом.

Таким образом, за 1999-2009 гг. прослеживается не только количественная, но и качественная динамика заболеваемости алкогольными психозами на территории республики, что имеет определенную значимость при разработке профилактических программ.

ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «ВАШ ДОКТОР»

В.В. Гордеев

Медицинский центр «Ваш доктор», Чебоксары

Проанализирована медицинская документация 309 пациентов, обратившихся в 2009 г. на лечение по поводу алкогольной зависимости в медицинский центр «Ваш доктор», который оказывает специализированную помощь на анонимной основе больным с наркологическими проблемами.

Среди пациентов преобладали мужчины (76,7%). Женщин зарегистрировано 23,3%. На анонимное лечение чаще обраща-

лись жители города, доля которых составила 60,19 %, сельские жители – 39,8%, причем это были в основном жители районов, расположенных рядом с г. Чебоксары. Преобладание городского населения среди пациентов связано с их более высокой информированностью о рынке платных медицинских услуг, а также желанием получить лечение на анонимной основе в целях сохранения социального статуса при прохождении медицинских осмотров, прежде всего при получении водительского удостоверения.

Возрастная характеристика представлена следующим образом: в возрасте 18-25 лет обратилось 1,6%; 25-35 – 24,6, 35-45 – 40,45, 45 и старше – 33,3%. Имели законченное среднее и среднее специальное образование 71,2, незаконченное высшее и высшее – 28,8%. Среди пациентов преобладали лица с сохраненным социальным и семейным статусом. Так, служащие составили 14% от общего числа обратившихся за лечением, рабочие – 62, временно не работающие – 24%. Причем необходимо отметить, что во всех социальных группах вопрос сохранения анонимности имел ведущее значение при обращении за медицинской помощью. Так как большинство пациентов на момент обращения имели сохраненный социальный статус, то и уровень реабилитационного потенциала был достаточно высок: 23% – составили лица, имеющие высокий уровень реабилитационного потенциала, 68% – средний и только 9% – низкий уровень.

Уровень реабилитационного потенциала определяет мотивацию на поддержание отказа от потребления алкоголя и прохождение противорецидивной терапии. Анализ показал, что мужчины чаще выполняли рекомендации специалистов, чем женщины. Особенно проблематичным было терапевтическое сопровождение женщин, проживающих в городе: 83,3% из обратившихся ограничивались единственной консультацией и больше не приходили на прием. Пациенты 45 лет и старше более дисциплинированы в соблюдении режима лечения, чем пациенты в возрастной категории 18-25 лет. Необходимо отметить, что пациенты старшего возраста, как правило, обращались самостоятельно, осознавая проблемное потребление алкоголя и невозможность самостоятельно достичь полного отказа от него. Пациенты более молодого возраста не имели такую мотивацию,

их обращение к специалистам связано с давлением родственников, чаще всего матерей, у которых прослеживались черты созависимого поведения.

Анализ показал, что система лечения на анонимной основе вне государственной наркологической службы востребована пациентами, имеющими более сохраненный статус, для которых важна конфиденциальность обращения. В то же время отмечается сложность терапевтического сопровождения пациентов только в рамках амбулаторной терапии, прежде всего лиц молодого возраста и женщин, проживающих в городе.

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА г. ШУМЕРЛЯ

Л.М. Егорова

Республиканский наркологический диспансер, Шумерля

Более четверти века в городе Шумерля работает служба по оказанию наркологической помощи. За годы своего существования наркологическая служба претерпела немало изменений, но всегда ее приоритетным направлением была и остается помощь людям, употребляющим психоактивные вещества, и не только больным, но и членам их семей, родственникам, близким.

Борьба медицинских работников с наркоманией, токсикоманией в Шумерлинском крае началась в 70-х годах 20 века.

В июле 1973 г. в составе поликлиники Шумерлинской ЦРБ официально открыт наркологический кабинет. Заведующим наркологическим кабинетом был назначен врач психоневролог – нарколог Александр Иванович Ягодейкин.

Во исполнение Постановления Совета Министров СССР «По борьбе с пьянством» (1972 г.) 13 декабря 1979 г. приказом отдела здравоохранения г. Шумерля было открыто наркологическое отделение на 30 коек при городской больнице по ул. О. Кошевого. Заведующим отделением был назначен А.И. Александров. Первыми сотрудниками учреждения стали: ст. медсестра Ф.Т. Григорьева, процедурная медсестра Р. Никифорова, труд. инспектор В.А. Сергуняева, сестра-хозяйка Т.М. Оборина, мед. брат К. Войнов, санитарки Р. Осипова,

А. Моисеева, А. Ахтярова. Немало трудились пришедшие чуть позже Л.П. Базранова, А.И. Курленя, Е.Н. Пянзина.

21 декабря 1981 г. наркокабинет в поликлинике в ЦРБ был ликвидирован. На его базе было организовано наркологическое отделение городской больницы. Главным врачом наркологического отделения назначен психоневролог-нарколог Алексей Иванович Александров.

В 1986 г. наркологическое отделение преобразовано в Шумерлинский межрайонный наркологический диспансер на 60 коек. Для этого были выделены два одноэтажных деревянных дома 1945 г. постройки, реконструированные в 1985 г. под диспансер. В лечебном корпусе №1 на 909 кв. м было развернуто 60 коек, в корпусе № 2 – административная часть и поликлиника на 50 посещений в смену. Количество обслуживаемого населения составляло около 45 тыс. человек в год. Штат диспансера – 6 врачей и 16 сестер.

Самостоятельная наркологическая служба стала формироваться после Указа «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» от 07 мая 1985 г.

1 апреля 1986 г. приказом заведующего горздравотделом наркологическое отделение было реорганизовано в межрайонный наркологический диспансер с обслуживанием Порецкого, Красночетайского и Шумерлинского районов. Стационар был рассчитан на 60 коек. Главным врачом был назначен И.Х. Багаутдинов, заведующим отделением – С.В. Шишляев, который с августа 1986 по 1989 г. руководил наркодиспансером.

В начале 90-х годов в связи с демократизацией общества, введением нового хозяйственного механизма управления, самостоятельностью лечебных учреждений, снижением активности противоалкогольных мероприятий, сворачиванием работы по профилактике пьянства и алкоголизма на всех уровнях начался процесс сокращения наркологической службы, в результате чего сократилось и число мест в наркологическом отделении.

Однако уровень алкоголизации населения города и района заметно повысился: потребление алкоголя на душу населения возросло, увеличилось количество алкогольных психозов. Для усиления профилактической работы в этой области по инициативе Министерства здравоохранения Чувашской Республики

7 апреля 1994 г. наркологический диспансер вновь был преобразован в наркологическое отделение при Шумерлинской городской больнице. Заведующей назначена Н.А. Порфирьева.

В связи с усложнением наркологической ситуации в городе и Чувашии в целом 23 августа 1999 г. Постановлением Главы администрации г. Шумерля наркологическое отделение реорганизовано в муниципальное учреждение здравоохранения «Шумерлинский наркологический диспансер» на 30 коек и выведен из состава Шумерлинской городской больницы на самостоятельный бюджет. Ему выделено помещение – кирпичный дом № 6 по ул. Мопра (бывшее здание городских детских яслей №1). Здание, ранее занимаемое наркодиспансером, из-за непригодности было списано с баланса и снесено.

С 1 января 2005 г. наркодиспансер стал республиканским учреждением, с октября 2005 г. – одним из отделений Республиканского наркологического диспансера.

В настоящее время дружный и трудолюбивый коллектив единомышленников возглавляет врач психиатр – нарколог Л.М. Егорова. В диспансере трудятся квалифицированные сотрудники: врачи А.Е. Вирабян, Л.В. Журавкова, А.В. Ижеев. Средним медицинским персоналом руководит старшая медсестра Л.В. Шакарова. Не один год работают медсестры Н.Е. Яненко, Т.М. Аслабаева, О.А. Авдонина, Е.В. Шакарова, В.Г. Чекменева, И.Г. Федотова, И. Атлина, Н.Н. Сухова, М.П. Мартынова, Н.В. Волкова, А.А. Зотова, М. Платцева, А.А. Пигильдина. Постоянно поддерживают чистоту и порядок Г.Н. Пудейкина, М.Г. Васильева, Л.Г. Кузьмина, О.А. Архипова, Г. Есипова, Г.В. Жигулева, С.В. Викторова, Д.П. Суконикина, А. Гусарова, М.А. Аполонова. Вкусно приготовят и накормят повара и буфетчицы: Г.В. Пронина, С. Данилова, Т.Г. Абрамова, Г.М. Аведьян.

С 1 апреля 2003 г. при диспансере открыт кабинет медико-социальной реабилитации, специалисты которого оказывают психолого-социальную помощь и поддержку больным и членам их семей (психолог В.В. Новикова, специалист по социальной работе О.А. Бусарева, социальные работники М.В. Илейчева и В.В. Егорова). Все специалисты кабинета медико-социальной реабилитации имеют высшее образование и опыт работы.

В отделении наркологического диспансера функционируют:

- отделение неотложной наркологической помощи на 30 коек (помощь оказывается круглосуточно);
- амбулаторно-поликлиническое отделение по оказанию лечебно – психологической помощи взрослому и детско-подростковому населению с приемом 50 человек ежедневно;
- кабинет медико-социальной работы.

За время работы наркологической службы города в стационаре пролечено более 14 тыс. больных, оказана амбулаторно-консультативная помощь свыше 350 тыс. чел.

Три недели, которые проводят больные в учреждении, лишь малая часть того, что необходимо для выздоровления. Оно длится всю жизнь, больным предстоит каждый день бороться со старыми привычками, с навязчивым желанием выпить.

Специалисты заняты не только медицинскими процедурами. Одним из приоритетных направлений деятельности является профилактическая работа с населением (особенно среди молодежи) по предупреждению злоупотребления алкоголем, наркотиками, токсическими веществами, а также игровой зависимости. С этой целью создана методическая база: приобретены аудио- и видеофильмы, соответствующая литература.

В настоящее время работает:

- «Школа для родителей»;
- группа само- и взаимопомощи «Щит»;
- круглосуточно «телефон доверия».

Круглосуточно можно получить анонимное лечение, оказывается помощь созависимым членам семьи, проводятся тренинги для подростков, осуществляется психологическая диагностика.

Лечебное учреждение в настоящее время отремонтировано, имеет все необходимое для оказания качественной медицинской, социально-психологической помощи людям, страдающим химической зависимостью, а также их родственникам.

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В.Г. Кирилловых
Департамент здравоохранения, Киров

Ведущим учреждением, оказывающим специализированную наркологическую помощь, является «Кировский областной наркологический диспансер», который имеет следующие структурные подразделения: отделение реанимации и интенсивной терапии; стационарное наркологическое отделение (женское) на 34 койки; стационарное наркологическое отделение на 95 коек (в том числе 40 коек неотложной наркологической помощи и для больных с тяжелой сочетанной патологией, 10 – для больных наркоманией, 6 – для лечения детей, 39 – для больных алкоголизмом); стационарное отделение для оказания платных услуг населению на 10 коек; отделение наркологических экспертиз; диспансерное отделение для оказания помощи взрослому населению, в структуре которого действует 1 ст. заместителя главного врача по амбулаторной помощи взрослому населению, 10,5 ст. врачей психиатров-наркологов амбулаторного приема, 3 ст. психолога, 1 ст. специалиста по социальной работе, 2 ст. социальных работников. Мощность диспансерного отделения – 75 посещений в смену, режим работы в 2 смены.

В Кировской области показатель обеспеченности наркологическими койками в течение последних 5 лет ниже среднероссийского – 1,63 на 100 тыс. населения.

В составе муниципальных учреждений здравоохранения районов области действуют 38 наркологических кабинетов. В рамках совершенствования наркологической помощи населению Кировской области особое внимание уделяется реабилитационному звену службы. В структуре 3 наркологического отделения диспансера организован реабилитационный блок, перераспределены кадровые резервы. Организованный реабилитационный процесс перенесен в реабилитационный центр. Выделение здания под реабилитационный центр – мероприятие областной целевой программы «Комплексные меры противодействия неме-

дицинскому потреблению наркотических средств и их незаконному обороту в Кировской области» на 2010 г.

В рамках реализации областной целевой программы «Демографическое развитие Кировской области на 2008-2010 гг.» планируется организация на базе ОГУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» токсикологического центра. Его создание позволит централизовать оказание токсикологической помощи населению Кировской области, что значительно повысит ее качество, окажет положительное влияние на развитие медико-демографических процессов в регионе путем снижения смертности трудоспособного населения от внешних причин, приведет к совершенствованию системы единого мониторинга острых отравлений в Кировской области.

Кроме того, создание токсикологического центра на базе наркодиспансера помимо улучшения качества оказания токсикологической помощи сделает более доступной врачам психиатрам-наркологам группу пациентов, страдающих зависимостью, но не обращающихся за наркологической помощью.

Для улучшения межведомственного взаимодействия согласно предписанию антинаркотической комиссии в Кировской области 31 июля 2009 г. заключено Соглашение №180 о взаимодействии Управления Федеральной службы исполнения наказаний по Кировской области и департамента здравоохранения Кировской области, разработан план взаимодействия.

Соглашение предусматривает взаимодействие по преемственности в деятельности медицинских подразделений уголовно-исполнительной системы Кировской области (УИС Кировской области), учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения Кировской области по оказанию наркологической помощи населению Кировской области, лицам, находящимся в учреждениях УИС Кировской области. В целях выполнения Соглашения УФСИН России по Кировской области организует, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, направление учреждениями УИС Кировской области информации:

- о лицах с наркологическими заболеваниями (синдром зависимости от алкоголя, наркотиков, ненаркотических веществ), освобождающихся после отбывания наказания, имевших до аре-

ста постоянную регистрацию в Кировской области, а также избравших после освобождения местом жительства населенный пункт Кировской области, в ОГУЗ «Кировский областной наркологический диспансер».

- содержащихся лицах с наркологическими заболеваниями (синдром зависимости от алкоголя, наркотиков, ненаркотических веществ), осужденных на срок более 1 года, имевших до ареста постоянную регистрацию в Кировской области, в ОГУЗ «КОНД».

УФСИН России по Кировской области также организует в учреждениях УИС Кировской области информирование осужденных при освобождении, имеющих наркологические заболевания (синдром зависимости от алкоголя, наркотиков, ненаркотических веществ), до ареста зарегистрированных в Кировской области, а также избравших после освобождения местом жительства населенный пункт Кировской области, о необходимости явиться к врачу психиатру-наркологу по месту жительства для решения вопросов дальнейшего медицинского наблюдения.

Департамент здравоохранения Кировской области организует проведение ОГУЗ «Кировский областной наркологический диспансер», муниципальными учреждениями здравоохранения Верхнекамского, Верхошижемского, Кирово-Чепецкого, Котельничского, Омутнинского, Опаринского, Яранского районов Кировской области, по согласованию с УФСИН России по Кировской области, в учреждениях УИС Кировской области среди осужденных, подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, работы, направленной на профилактику употребления алкоголя, наркотических и иных психоактивных веществ (лекции, тренинги и другое). Профилактическая работа с несовершеннолетними осужденными, подозреваемыми и обвиняемыми в совершении преступлений, в ФБУ ИЗ-43/2, Котельничской ВК УФСИН России по Кировской области проводится силами специалистов диспансерного отделения для детей и подростков ОГУЗ «Кировский областной наркологический диспансер».

Помимо регулярного сотрудничества специалистов по вопросам профилактики наркомании, проведения акций, тренингов с 2007 г. из Управления ФСКН РФ по Кировской области в ОГУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» ежекварталь-

но поступают сведения на граждан, привлеченных к административной ответственности по ст. 6.9, 6.8. либо 20.20. КОАП.

Сведения сверяются с картотекой наркологических пациентов. Если граждане, сведения на которых поступили, уже состоят на диспансерном или профилактическом наблюдении, то им в медицинские карты амбулаторных больных вклеиваются сообщения о привлечении их к ответственности по ст. 6.9, 6.8. либо 20.20. КОАП, высылаются приглашения на прием к наркологу, пациенты привлекаются к лечению.

Если сообщения поступают на граждан, ранее в ОГУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» не обращавшихся, то по всем сообщениям в картотеке оформляются сигнальные фишки, высылаются приглашения на прием к наркологу.

Данные мероприятия позволяют совершенствовать систему раннего выявления лиц, потребляющих психоактивные вещества.

О РАБОТЕ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ КОМИССИИ г. ЧЕБОКСАРЫ

И.А. Куприянова, А.П. Андреева

Управление здравоохранения и социальной политики администрации, Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

В соответствии с правовыми нормами Закона Чувашской Республики «О профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ», в целях координации деятельности субъектов по профилактике наркомании в г. Чебоксары распоряжением главы г. Чебоксары от 11 июля 2008г. № 2455-р «О составе антинаркотической комиссии в г. Чебоксары Чувашской Республики» создана антинаркотическая комиссия. В соответствии с Регламентом антинаркотической комиссии в г. Чебоксары, утвержденным постановлением администрации г. Чебоксары от 10 июля 2008 г. № 188 «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в г. Чебоксары», заседания комиссии проводятся 1 раз в квартал. В состав комиссии входят руководителя структурных подразделений администрации горо-

да, представители УФСКН РФ по Чувашии, МВД по Чувашии, ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер».

Антинаркотическая комиссия является координационным органом, способствующим осуществлению государственной политики в сфере контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. На основе принципов профилактики наркомании, изложенных в Законе ЧР «О профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ», определены следующие задачи Комиссии:

- разработка и реализация мероприятий, ориентированных на предупреждение и пресечение правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ;

- обеспечение взаимодействия с антинаркотической комиссией Чувашской Республики и аналогичными районными комиссиями города;

- подготовка предложений по повышению эффективности профилактики правонарушений против здоровья населения, устранению причин и условий, способствующих их совершению.

Во исполнение Закона Чувашской Республики «О профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ» на заседаниях антинаркотической комиссии рассматриваются вопросы взаимодействия субъектов по устранению причин и условий, способствующих совершению правонарушений, связанных с незаконным оборотом психоактивных веществ.

Реализация городских целевых программ противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту (2001-2003, 2004-2006, 2007-2009 гг.) привела к созданию в г. Чебоксары единого информационного пространства по противодействию незаконному обороту наркотиков, расширению межведомственного взаимодействия в сфере борьбы с распространением наркотических средств, направленного на формирование негативного отношения к употреблению наркотиков, пропаганду здорового образа жизни.

За эти годы субъектами профилактики выработана комплексная стратегия профилактики в рамках межведомственного взаи-

модействия. В антинаркотическую работу активно включаются общественные организации, созданы волонтерские движения.

Во исполнение республиканской целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту в Чувашской Республике на 2010-2020 годы», в связи с окончанием действия одноименной программы на 2007-2009 годы и необходимостью принятия дополнительных мер по дальнейшему усилению противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ, улучшению показателей здоровья жителей города Чебоксары постановлением главы администрации г. Чебоксары № 223 от 06 октября 2009 г. утверждена муниципальная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту в городе Чебоксары на 2010-2020 годы».

В рамках настоящей Программы планируется продолжить наращивание усилий по реализации адекватных и эффективных мер противодействия распространению наркотических средств и психотропных веществ, которые позволят мобилизовать ресурсные возможности, сконцентрировать усилия органов местного самоуправления и общественных организаций.

В соответствии с приказом Министерства образования Российской Федерации от 28 февраля 2000 г. №619 «О Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде» работа образовательных учреждений г. Чебоксары строится по следующим направлениям:

- профилактическая работа с родителями;
- воспитательно-педагогическая работа с детьми;
- организационно-методическая антинаркотическая профилактическая работа в образовательном учреждении.

Содействие образовательным учреждениям г. Чебоксары в организации работы по профилактике детской и подростковой безнадзорности, преступности и наркомании, воспитанию здорового, социально-активного поколения молодых людей оказывает Управление Федеральной Службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации по Чувашской Республике.

Антинаркотическая комиссия координирует работу всех ведомств – субъектов профилактики, аналогичных районных комиссий города, которые созданы при администрациях районов. Заседания комиссии проводятся один раз в квартал. Районные комиссии о проделанной профилактической работе систематически отчитываются на заседаниях городской и республиканской комиссий. Как правило, в работе районных комиссий участвуют руководители учреждений образования, культуры и спорта, здравоохранения, правоохранительных органов, председатели органов территориального общественного самоуправления и Советов профилактики при участковых пунктах милиции районов г. Чебоксары.

Во исполнение Закона Чувашской Республики «О профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ» на заседаниях районных комиссий рассматриваются вопросы позитивной наркопрофилактики при участии ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» в рамках выполнения совместных планов антинаркотических мероприятий с социально-реабилитационными центрами районов, с органами территориального, общественного самоуправления. Все субъекты профилактики, в частности органы территориального, общественного самоуправления участвуют в создании и обновлении социальных паспортов микрорайонов, что способствует раннему выявлению лиц, потребляющих психоактивные вещества.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Т.В. Полтева

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

С момента создания ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» (РНД) по 1998 г. медицинское освидетельствование лиц, доставленных на наркологическую экспертизу, проводилось врачами психиатрами-наркологами амбулаторного отделения.

Биологические среды (кровь и моча) на содержание этанола в рамках освидетельствования забирались редко. Анализы проводились фельдшерами-лаборантами в клинической лаборатории на аппарате ФЭК.

В структуре наркологических экспертиз преобладало медицинское освидетельствование на алкогольное опьянение по направлению сотрудников ГАИ. Медицинское освидетельствование на наркотическое опьянение по направлению сотрудников МВД носило эпизодический характер (5-6 экспертиз в течение года). Биологические среды на наркотические вещества исследовались на базе бюро судебно-медицинской экспертизы.

С целью повышения качества проведения наркологических экспертиз в 1997 г. в РНД была создана единственная в республике химико-токсикологическая лаборатория, оснащенная современным газожидкостным хроматографом «Кристалл-2000», в 1998 г. – экспертное отделение.

С 2003 г. отмечен рост количества медицинских освидетельствований на наркотическое опьянение по направлению сотрудников УФСКН.

Нормативная база, регламентирующая порядок медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивных веществ и состояния различных форм опьянения, была представлена приказом МЗ СССР от 08 сентября 1988 г. № 694 «О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта потребления алкоголя и состояния опьянения», методическими указаниями по медицинскому освидетельствованию и временной инструкцией о порядке проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения от 01 сентября 1988 г. № 06-14/33-14 и длительное время не изменялась.

В целях совершенствования деятельности организации здравоохранения по медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения и во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2002 г. №930 «Об утверждении правил медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его результатов» 14 июля 2003 г. введен новый порядок медицинского освидетельствования, который

регламентировался приказом Минздрава РФ от 14 июля 2003 г. № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения». С этого времени медицинское освидетельствование поделено на две части в правовом (юридическом) аспекте:

- освидетельствование на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством;
- освидетельствование на состояние опьянения лица, которое не связано с управлением транспортным средством.

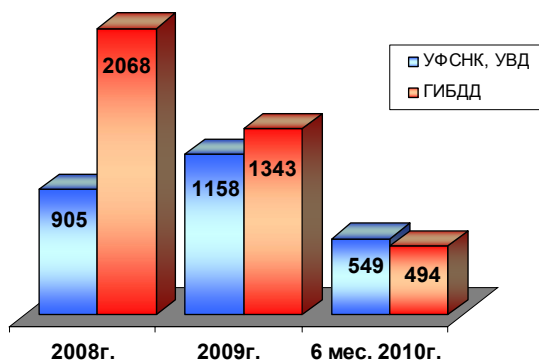
С 1 июля 2008 г. вступило в силу Постановление Правительства Российской Федерации от 26 июня 2008 г. № 475 «Об утверждении Правил освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством, на состояние алкогольного опьянения и оформление его результатов, направление указанного лица на медицинское освидетельствование на состояние опьянения, оформление его результатов и Правил определения наличия наркотических средств или психотропных веществ в организме человека при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством».

Согласно требованиям этого Постановления, в соответствии с примечанием к статье 27.12 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, под состоянием опьянения следует понимать наличие абсолютного этилового спирта в концентрации 0,3 и более грамма на один литр крови или 0,15 и более миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха, наличие наркотических средств или психотропных веществ в организме человека, определяемое в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а равно совокупность нарушений физических или психических функций человека вследствие употребления вызывающих опьянение веществ.

После установления так называемой нормы содержания этанола в крови и в выдыхаемом воздухе количество медицинских освидетельствований водителей транспортных средств на состояние алкогольного опьянения значительно снизилось.

С 6 августа 2010 г. вступил в силу Федеральный закон Российской Федерации «О внесении изменений в статью 19 Федерального закона «О безопасности дорожного движения» и признании утратившими силу отдельных положений законодатель-

ных актов Российской Федерации», согласно которому утратило силу примечание к статье 27.12 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, что позволит сохранить тенденцию дальнейшего снижения количества водителей, доставленных на медицинское освидетельствование на алкогольное опьянение.



В настоящее время более 50% от всех экспертиз составляет медицинское освидетельствование на наркотическое опьянение по направлению УФСКН и УВД (рисунок).

Таким образом, изменение нормативно-правовой базы привело к изменению структуры экспертиз на алкогольное и наркотическое опьянение.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА В НАРКОЛОГИИ

С.В. Селиванова

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Важное место среди диагностических служб занимает клиническая лабораторная диагностика, поставляющая около 80 % объема объективной диагностической информации, необходимой для своевременного принятия правильного клинического решения и контроля за эффективностью лечения.

Клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ) ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» является структурным диагностическим подразделением. На момент организации КДЛ в 1989 г. в штатном расписании числились 2 единицы. В лаборатории проводились только общеклинические исследования. В настоящее время штатное расписание составляет 9 единиц. Структура лабораторной диагностики соответствует потребностям учреждения, обеспечивает повседневные запросы лечащих врачей в наиболее распространенных исследованиях, экстренном их выполнении.

Лаборатория имеет лицензию №21.01.05.001.Л.000001.01.10 от 19 января 2010 г., выданную управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Чувашской Республике – Чувашии, на осуществление деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний III-IV групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных болезней при проведении диагностических исследований.

В лаборатории внедрены новые методы исследований, имеющие высокую аналитическую точность и диагностическую надежность. Проводятся биохимические, гематологические, иммунологические и серологические исследования. Исследуются показатели гемостаза и кислотно-основного состояния.

Пациенты наркологического диспансера относятся к группе людей с высоким риском заражения вирусом гепатита В и С и подлежат обязательному обследованию методом ИФА. Основным методом выявления источников ГВ и ВГС является серологический скрининг.

В целях усовершенствования качества медицинской помощи в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В» установлены основные требования к комплексу организационных и лечебно-профилактических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения заболеваний гепатитом. Лабораторные исследования на наличие серологических маркеров для выявления поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) и антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) в сыворотке крови осуществляются клинико-диагностической лабораторией ГУЗ

«Республиканский наркологический диспансер» в соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» с использованием сертифицированных стандартизованных диагностических наборов, имеющих высокую чувствительность и специфичность.

Результаты исследований КДЛ лиц с алкогольной и наркотической зависимостью представлены в таблице.

Показатель	2007	2008	2009
Исследование сыворотки, шт.	3705	4416	4643
Положительные сыворотки HBsAg, шт., (%)	221 (5,9%)	251 (5,7%)	169 (5,6%)
Положительные сыворотки HVC, шт., (%)	439 (11,8%)	566 (12,8%)	472 (10,1%)

Данные, приведенные в таблице, свидетельствуют о необходимости усиления санитарно-просветительской работы медицинскими работниками, эффективных методов профилактики вирусных гепатитов, в том числе разработки учеными вакцины от гепатита С.

Клинико-диагностическая лаборатория ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» постоянно работает над повышением качества лабораторных исследований: систематически проводит внутрिलाбораторный контроль качества лабораторных исследований, ежегодно участвует программе Федеральной системы внешней оценки качества.

СМЕРТЕЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

И.Н. Трофимова, М.А. Чепурной
Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Смертность и летальность больных алкоголизмом не только являются показателем остроты наркологической ситуации и негативной экологии региона, но и свидетельствуют о возможных ресурсах наркологической службы по оказанию специализированной

неотложной помощи данной категории больных. В республике неотложная помощь больным с психотическими вариантами алкогольной зависимости оказывается в условиях специализированного отделения Республиканского наркологического диспансера, где имеются подготовленные врачи психиатры-наркологи, а также внедрены стандарты обследования и лечения неотложной наркологической патологии, которая носит не всегда управляемый характер и чревата высоким риском развития осложнений. В связи с данным обстоятельством ургентная наркологическая патология требует не только постоянного мониторинга психического статуса, но и динамического наблюдения за соматоневрологическим состоянием, что подтверждается комплексными исследованиями, которыми установлено, что 3,2% смертей и 4,0% различных соматоневрологических заболеваний в мире детерминировано алкоголем.

Наиболее сложной патологией в плане терапевтического сопровождения в наркологической практике является алкогольный делирий, который, как правило, возникает на соматически отягощенной почве. Наиболее частым является развитие делирия на фоне заболеваний бронхолегочной системы. Кроме того, синдром отмены алкоголя протекает на фоне выраженного адренергического синдрома, который провоцирует значительное повышение артериального давления, что в любой момент может вызвать развитие внутрочерепного кровоизлияния, нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда, отека легких и синдрома ТЭЛА. По мнению И.В. Стрельчука (1970), смертность зависит от тяжести больных и адекватности лечения. При этом разброс смертности при классическом варианте делирия варьирует в пределах от 1-16 и до 25-34% – при повторных делириях и у больных старше 55 лет.

Без лечения уровень смертности больных при белой горячке может достигать 20%. Особенно высока смертность при острой алкогольной энцефалопатии Гайе–Вернике, которая, даже несмотря на применение современных технологий, может достигать 16%.

Нами была проанализирована медицинская документация больных, умерших в отделении неотложной наркологической помощи с 1999 по 2009 г. Установлено, что показатель внутри-

больничной смертности по нашему отделению на протяжении последних пяти лет составляет не более 1,1%, что в два раза ниже показателя РФ.

Было изучено 26 медицинских карт стационарных больных с клиническим диагнозом «алкогольный психоз». Средний возраст умерших пациентов – 49,2 года, среди них преобладали мужчины (92%). Больные, повторно госпитализированные в отделение, составили 46,2%, причем 53,8% из них ранее уже переносили психозы, но не поддерживали терапевтический контакт с врачом. На момент госпитализации алкогольный психоз был отягощен соматической патологией: у всех пациентов диагностирован хронический токсический гепатит, у 38,4% – алкогольный миокардит, у 73% – хронический бронхит, у 42,3% – токсическая нефропатия, у 57,6% – острая пневмония. Летальный исход наблюдался в первые три дня с момента госпитализации в 23% случаев, в 57,6% сроки варьировали от 4 до 12 дней. Досуточная летальность составила 26,9%, что связано с запоздалой медицинской помощью, обусловленной социальной декомпенсацией больных. 53,8% пациентов в связи с выраженной степенью декомпенсации соматического состояния в рамках дифференциальной диагностики на догоспитальном этапе были консультированы у специалистов различного профиля: терапевта, нейрохирурга, инфекциониста, невролога, ангионевролога, кардиолога. В 38,5% случаев анамнестические сведения невозможно было собрать из-за тяжести состояния при поступлении и в дальнейшем быстротечности наступления летального исхода и невозможности установления контакта как с самим больным, так и с родственниками. Достоверно выявлено, что только в 3 случаях (11,5%) пациенты принимали сертифицированный алкоголь – пили водку, приобретенную в магазине. Продолжительность злоупотребления алкоголем перед стационарированием колебалась от 7 дней до ежедневного приема алкоголя в течение нескольких лет. Установлено, что 57,7% умерли в весенне-летний период, смерть больных наступала глубокой ночью или в ранние утренние часы.

Совпадение клинических и патологоанатомических диагнозов отмечено в 61,5%, в 38,5% – расхождение. При патологоанатомическом исследовании в 57,6% случаев обнаруживалась пневмония, часто двусторонняя, полисегментарная, с распадом и абсцедирова-

нием. У 76,9% – отек мозга с явлениями компрессии и дислокации, в 38,4% случаев – острая коронарная недостаточность со стенозирующим атеросклерозом, у 26,9% – инфаркт миокарда.

Характерными являлись признаки полиорганной недостаточности, которые проявлялась в виде гепатита и жировой дистрофии печени в 69,2% случаев, цирроз печени – в 7,6%, алкогольные кардиомиопатии – в 61,5%, поражение поджелудочной железы – в 38,4% случаев. Энцефалопатии обнаруживались у всех пациентов, даже у тех, у которых причиной смерти были другие заболевания.

С 2005 по 2007 г. отмечено 3 случая (11,5%), причиной смерти в которых явилась ТЭЛА как крупных, так и мелких ветвей легочной артерии.

Таким образом, анализ внутрибольничной смертности больных с алкогольными психозами свидетельствует о необходимости всестороннего клинического осмотра на догоспитальном этапе, мониторинга лабораторных показателей и динамического наблюдения в первые дни стационарирования, не только психиатром-наркологом, но и терапевтами, неврологами.

О РАБОТЕ ШКОЛЫ ПАЦИЕНТА

Н.С. Шишкина

*Чувашское региональное отделение «Российского Красного Креста»,
Чебоксары*

В рамках реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 23 декабря 2009 г. «Об утверждении Правил предоставления субсидии из федерального бюджета общероссийской Общественной организации «Российский Красный Крест» в Чувашской Республике организована Школа ВИЧ-инфицированного пациента. Данная Школа реализует программу помощи пациентам на интегральной основе командой специалистов: социальными работниками, психологом, средним медицинским персоналом, группой доверенных врачей. Доверенные врачи предоставляют комплексные услуги, начиная от консультативной помощи до решения вопросов стационарирования. В работе Школы задействованы специалисты учреждений

партнерской сети: это и эпидемиологи, и фтизиатры, и психиатры-наркологи и т.д.

Основными задачами Школы являются организация, методическое сопровождение, мониторинг и оценка работы по формированию ответственного отношения к лечению у ВИЧ-инфицированных, проведение мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения, развитие услуг по уходу, лечению и социальной поддержке лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией (формирование ответственного отношения к лечению у ВИЧ-инфицированных).

Кроме того, в рамках вторичной профилактики реализуются мероприятия для наиболее уязвимых групп населения: потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса, осужденных.

В рамках третичной профилактики – организация помощи людям, живущим с ВИЧ-инфекцией, а также ВИЧ-позитивным беременным женщинам.

Целью Школы пациента является повышение качества и продление жизни у ВИЧ-инфицированных пациентов, а также предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения. В процессе занятий у них формируется приверженность к диспансеризации и лечению, ответственное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих в части предотвращения передачи ВИЧ-инфекции, изменяется поведение, представляющее риск заражения ВИЧ-инфекцией.

Сотрудниками «Красного Креста» совместно с социальными работниками предоставляются бесплатные информационные, справочные и консультационные услуги для ВИЧ-инфицированных пациентов и лиц, относящихся к наиболее уязвимым группам населения. Определяется степень мотивированности пациента к получению услуг Школы и оказывается психологическая поддержка. Пациенту помогают определять его нужды и потребности для решения проблем, вызванных практикой рискованного поведения или в связи с заболеванием.

Особое место занимает проведение групповых занятий по вопросам формирования и поддержания приверженности к дис-

пансеризации и лечению, мотивированного и ответственного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих. Тематика занятий разнообразна и построена в соответствии с запросами клиентов. Занятия проводятся по средам еженедельно, посещаемость групп варьирует от 15 до 25 чел.

Работа в Школе включает в себя консультирование и индивидуальные занятия с пациентами (мотивационное интервьюирование), в процессе которых разрабатываются индивидуальные программы по ведению здорового образа жизни, в том числе с учетом физиологических особенностей пациента, консультирование по сохранению и укреплению здоровья. Для каждого пациента составляется план социально-профилактической помощи и оформляется направление на получение услуг (индивидуальные консультации врачей, юриста, групповые занятия, социальные службы). Клиентам оказывается социальная помощь, включая содействие в трудоустройстве и профессиональном обучении. Осуществляется патронаж пациента в целях его активного вовлечения в реабилитационно-профилактический процесс в домашних условиях.

Таким образом, работа Школы построена по принципу максимальной доступности для клиента, сохранения врачебной тайны, что делает её востребованной для ВИЧ-инфицированных пациентов.

ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ И НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ СЛЕДСТВЕННОГО ИЗОЛЯТОРА

З.Ф. Юсова
Цивильская ЦРБ

Следственный изолятор предназначен для содержания подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых в качестве меры пресечения применено заключение под стражу. В изоляторе, расположенном в г. Цивильске, лимит наполнения 368 человек. Для оказания медицинской помощи данной категории граждан функционирует медицинская часть, имеющая в своей структуре амбулаторное и стацио-

нарное звено на 7 койко-мест. Специализированную помощь в учреждении оказывает врач-психиатр, который выполняет функции психиатра-нарколога. Особое внимание уделяется выявлению лиц, имеющих психические расстройства, так как именно эта категория пациентов представляет опасность для себя и окружающих. Кроме того, в этой категории осужденных высок риск суицидальных попыток, которые могут быть реакцией как на ограничение свободы, так и демонстративно-манипулятивного характера. Организация работы психиатра со спецконтингентом имеет свои специфические особенности. В целях своевременного определения психических расстройств врач изучает личные дела всех вновь поступивших лиц, а также получает информацию от охраны. При выявлении признаков, указывающих на наличие психотических расстройств, пациенты направляются на амбулаторный прием для обследования, в случае необходимости назначается лечение, решается вопрос о судебно-психиатрической экспертизе и госпитализации пациентов в психиатрический стационар. В динамике прослеживается увеличение числа лиц, требующих консультации психиатра. Так, если в 2007 г. было осмотрено 520 чел., то в 2009 г. – 610, при этом общее число спецконтингента снизилось (в 2007 г. – 2343 чел., в 2009 г. – 2079). Увеличение числа нуждающихся в наблюдении у психиатра увеличивается за счет женщин. Их количество возросло по сравнению с 2007 г. в 1,7 раза.

По состоянию на 1 января 2010 г. под наблюдением психиатра состояло 422 чел., имеющих психические расстройства и расстройства поведения, причем впервые выявленные составляют 33,2%. По нозологической принадлежности 58,7% – это лица с расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ. В этой группе преобладают мужчины, доля женщин составляет всего лишь 1,4%. Сопровождение данной категории больных достаточно проблематично, что связано с необходимостью прохождения курса добровольного лечения. Кроме того, в этой группе в течение года число ВИЧ-инфицированных колеблется от 15 до 8 чел.

Лица с умственной отсталостью в общей структуре пациентов составляют 15,1%, больные с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами – 11,1, больные с

расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте – 6,6, больные шизофренией и шизотипическими бредовыми расстройствами – 4,2, пациенты со стрессом и соматоформными расстройствами – 4,8%.

Для терапевтического сопровождения и купирования острых состояний имеются средства биологической терапии – нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы. Этот набор лекарственных препаратов позволяет стабилизировать психическое состояние без стационарирования пациента, так как вопросы перевода требуют специальных средств и ресурсов для наблюдения за данным контингентом до решения правовых вопросов.

КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ПРОШЕДШИХ ЛЕЧЕНИЕ ОТ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А.П. Андреева

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

За 2005-2009 гг. реабилитацию в условиях стационара прошли 212 больных с синдромом зависимости от наркотических веществ, из них 47 женщин. В амбулаторных программах реабилитации участвовали 247 больных наркоманией. Пациенты с высоким уровнем реабилитационного потенциала составили 15,2; со средним – 18,9%. 65,9% – это пациенты с низким уровнем реабилитационного потенциала, имеющие асоциальные и антисоциальные установки, в том числе неоднократно судимые и отбывшие срок в местах лишения свободы с прохождением курса обязательного лечения наркомании. В ремиссии до 6 месяцев находились 63,7%, до 1 года – 3,0, до 3 лет – 4,5 % лиц с высоким реабилитационным потенциалом, прошедших реабилитацию, а лица с низким реабилитационным потенциалом имели практически безремиссионное течение.

Реабилитационный процесс, как на стационарном, так и амбулаторном этапах, проводится в соответствии с приказом Минздрава России от 22 октября 2003 г. №500 «Об утверждении протокола ведения «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)». Для всех пациентов составляется программа индивидуального реабилитационного сопровождения с учетом выявленных психологических, социальных и медицинских проблем. Координатором этой программы является врач психиатр-нарколог.

При оказании стационарной реабилитационной помощи используется «бригадный метод»: психолог-специалист по социальной работе – врач психиатр-нарколог. Разрабатываются индивидуальные программы с учетом этапов реабилитации. На адаптационном этапе (продолжительность до 2 месяцев) проводится биологически-ориентированная терапия, включающая патогенетические средства для подавления патологического влечения. При терапевтическом сопровождении больных наркоманиями на этапе адаптации внедрена технология «ранняя мотивационная терапия», направленная на преодоление анозогнозии к своему заболеванию.

На интеграционном этапе (продолжительность 2-3 месяца) больные включаются в психотерапевтические реабилитационные программы. Проводятся телесно-ориентированный и поведенческий тренинги, ролевые игры, рациональная психокоррекция.

На стабилизационном этапе (продолжительность не менее 3 месяцев) акцент переносится на психосоциальный аспект реабилитационной программы, направленный на коррекцию и формирование нормативных личностных и социальных качеств больного, возвращение его в семью и общество. Больные вовлекаются в работу групп само- и взаимопомощи.

С 1 сентября 2008 г. организована работа стационара дневного пребывания, что способствует ранней социализации больных с психоактивной зависимостью. Используются методики психотерапевтически ориентированного воздействия, проводится работа с родственниками, работают специальные комплексные программы, в которых участвует не только пациент, но и его близкие родственники.

Амбулаторное реабилитационное отделение осуществляет консультативно-диагностическую, лечебно-реабилитационную

помощь, обеспечивает реализацию поддерживающих противорецидивных программ для больных наркологического профиля, завершивших лечение в условиях стационара и поликлиники. Используемые программы способствуют достижению стабильной эффективности лечебно-реабилитационной помощи на принципах преемственности «стационар-поликлиника».

На амбулаторном этапе функционируют клубы «Созвездие», «Гармония», «Орхидея», «12 шагов», где используются основные медицинские технологии лечебно-реабилитационного процесса: методы индивидуального и семейного консультирования, поведенческая мотивационная терапия, арт-терапия, символ-драма на фоне психофармакотерапии. Имеется Школа для родителей, работа которой направлена на формирование социально поддерживающего поведения родителей, дети которых имеют проблемы с потреблением ПАВ.

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*А.Д. Борохов, Д.З. Борохов
Госпиталь Кирьят Шломо, Иерусалимский
институт доказательной медицины, Израиль*

Наркологические больные чаще совершают самоубийства, чем психически здоровые люди. Однако самоповреждающее поведение у них изучено недостаточно.

Материалом для настоящего исследования послужило наблюдение 61 случая аутоагрессивного поведения у мужчин в возрасте от 18 до 38 лет (средний возраст 22 года), имеющих наркотическую и/или алкогольную зависимость.

Все случаи самоповреждающего поведения были разделены нами на две группы: собственно суицидальные акты и аутоагрессивное поведение, преследующее различные личностные цели, кроме собственной смерти. К первой группе было отнесено 43 случая незавершенного суицидального акта, ко второй – 18 аутоагрессивного поведения.

При выборе способа самоубийства ведущим для всех лиц, наблюдаемых нами, в обеих наркоманических группах было

вскрытие вен (22 случая), второе место по частоте заняло немедическое использование различных таблетированных препаратов в высоких дозах (8), третье место принадлежало самоповешению (5).

Из трех суицидальных попыток с использованием шприца в двух было сознательное желание ввести себе специально завышенную, заведомо смертельную дозу вещества (в обоих случаях героин), так называемый на наркоманическом сленге «золотой укол». В одном случае была попытка ввести внутривенно воздух. В этих трех случаях причиной суицидального акта было сочетание трех компонентов: стойкое пристрастие к наркотическому веществу, финансовые затруднения при покупке необходимой наркоманической дозы и панический страх перед физическими симптомами абстиненции.

Две трети суицидальных попыток было совершено на фоне депрессивных переживаний пациентов, возникших в период абстиненции, либо чувства собственной вины и отчаяния из-за безуспешных попыток прекратить прием ПАВ, а также возникших в этот период социально-психологических проблем.

80% случаев аутоагрессивного поведения, несмотря на высокую импульсивность их совершения, могли расцениваться как суицидальный шантаж с целью получения определенных послаблений больничного и тюремного режима, дающих большую возможность нелегального получения наркотика. Попытки носили откровенно демонстративный характер и использовались обследуемыми как средство психологического давления на близкое окружение (семья, родственники, персонал). Мотив таких действий состоял в стремлении заставить изменить отношение окружающих.

У этих суицидентов наблюдались множественные поверхностные рубцы на наружной поверхности предплечий, передней поверхности бедер и передней стенке живота. В одном случае больной с криминальным анамнезом совершал подобные действия более 20 раз.

В 5 случаях обнаруживались множественные повторные следы от ожогов при тушении сигарет о собственную кожу. В 4 случаях таким образом субъекты проверяли глубину действия наркотика через снижение чувствительности и увеличение боле-

вого порога. В 1 случае пациент с психотическими эпизодами на фоне употребления наркотиков таким способом наказывал себя «за плохие мысли эротического содержания». При физикальном обследовании у него были обнаружены на предплечьях и бедрах свыше 50 «сигаретных» шрамов округлой формы.

Описанные случаи имеют определенное клиническое значение и должны учитываться в практической работе для профилактики аутоагрессивного поведения наркологических больных.

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ПРОВОКАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

*И.Е. Булыгина, А.Г. Прохоровская, Ю.В. Константинова,
А.А. Чадков*

*Чувашский госуниверситет им. И.Н. Ульянова,
Больница скорой медицинской помощи, Чебоксары*

Алкогольное опьянение провоцирует риск совершения суицида, так как под воздействием алкоголя увеличивается личностная значимость конфликта, кризисная ситуация делается неразрешимой. Именно состояние опьянения выступает «катализатором» психологического дистресса, усиливая переход суицидальных мыслей в действие, снижая уровень критического осмысления ситуации. Выделяют следующие группы суицидальных попыток – это истинные, связанные с депрессивными переживаниями и высокой значимостью психотравмирующего фактора, демонстративно-шантажные и импульсивные, где конфликт выступает в роли пускового механизма аффективной реакции. Необходимо также отметить, что на фоне второй фазы опьянения – дистимической – потребление алкоголя провоцирует комплекс психологических проблем: возникает чувство недовольства собой, осознание того, что даже самые близкие и родные не способны понять всю сложность ситуации, поэтому возникает желание их наказать: «они меня довели до суицида».

С целью установления взаимосвязи между потреблением алкоголя и реализацией суицидальных действий нами были изучены анамнестические данные по материалам историй болезни и личного осмотра пациентов, госпитализированных в отделение

острых отравлений больницы скорой медицинской помощи по поводу отравления лекарственными средствами с целью суицида. Методом сплошной выборки проанализировано 50 случаев госпитализации по поводу суицида, произошедших в мае-августе 2010 г. Все пациенты были госпитализированы в порядке неотложной госпитализации.

Среди лиц, поступивших в отделение, было 58% женщин и 42% мужчин. Возраст женщин варьировал от 16 до 70 лет, мужчин – от 21 до 71 года. Средний возраст женщин на момент госпитализации составил 33 года, возраст мужчин – 32. Высшее образование имели 31% женщин и 14,2% мужчин. Постоянное место работы – 41,3% женщин и всего лишь 19% мужчин, причем среди суицидентов мужчин 19% были лица, утратившие все свои социальные связи, в том числе и с близкими родственниками.

В структуре отравлений с целью суицида преобладали препараты нейротоксического действия (48%), на втором месте – полимедикаментозные отравления (30%), на третьем – отравления препаратами бытовой химии, включая уксусную кислоту и нашатырный спирт (22%). Среди госпитализированных суицидентов всего 6% страдали психическими расстройствами и состояли под наблюдением психиатрической службы.

На момент госпитализации в биологических средах организма определялся этанол у 21 женщины (72,4%), у 19 мужчин (90,4%). У 25,2% мужчин алкогольный анамнез характеризовался наличием симптомов зависимости от алкоголя, был сформирован синдром психической и физической зависимости и попытки суицида возникали на фоне длительных алкогольных эксцессов в результате конфликтов с родными и проблем на работе. Для данной категории пациентов были характерны выраженные эмоциональные нарушения с преобладанием эксплозивного аффекта. Они в отделении были неуправляемы, грубили персоналу, требовали немедленной выписки, обвиняли своих близких, чаще жен и сожительниц в доведении их до суицида: «заела», «довела». В анамнезе у данной категории пациентов судимости, низкий образовательный статус, асоциальные установки, отсутствие связей с близкими. Отравления в основном были неуточненными техническими жидкостями, нашатырным

спиртом, уксусной эссенцией и таблетками, находящимися в свободной реализации, – димедролом, пенталгином. У них в анамнезе наблюдались асоциальные действия, сложность адаптации в социуме, проблемы с законом. По стабилизации состояния суицидальные мысли дезактуализировались, собственное поведение расценивалось критично, были осознаваемы мотивы: «пьяный был – дурак», «даже не помню, зачем это сделал». Необходимо отметить, что данная категория пациентов не отрицала взаимосвязь суицида с потреблением алкоголя.

У 61% мужчин попытка суицида также была связана с состоянием опьянения и носила импульсивный характер. Причину суицида данная категория пациентов связывала с якобы имеющейся изменой жены, непониманием со стороны близких: «как-то все накатило», а также с проблемами на работе, такими как сокращение, длительная невыплата заработной платы. По стабилизации состояния пациенты просили их выписать из отделения, причем не отрицали необходимость их консультации у психиатра-нарколога, строили реальные планы, переживали о случившемся.

Наиболее проблемными пациентами были мужчины (14%), совершившие попытку суицида в более зрелом возрасте и имеющие в прошлом достаточно высокий статус. В качестве причины суицида были отмечены чувство одиночества, ненужность, проблемы со здоровьем. При клиническом осмотре у всех были выявлены симптомы депрессии, и требовалось лечение у психиатра.

Причины суицидов у женщин были представлены следующим образом: «несчастливая любовь», «измена» отмечена у 68% пациенток, проблема взаимоотношений со взрослыми детьми – у 14,9%, неспособность выплатить кредиты – у 10,3%, венерическое заболевание – у 6,8%. В качестве препарата для совершения суицида 6,8% женщин использовали уксусную эссенцию, 41% – препараты нейротоксического действия, 52,2% – полимедикаментозные препараты, имеющиеся в домашней аптечке. Только 27,5% женщин на момент совершения суицидальной попытки не употребляли алкоголь, именно в этой группе глубина кризисной ситуации была достаточно велика и данные пациентки испытывали депрессивные переживания реактивного генеза,

что требовало специального лечения как у психиатра, так и психотерапевта. На момент осмотра сохранялись суицидальные мысли и отсутствие возможности рационального выхода из создавшейся ситуации. У 20,6% пациенток при клиническом расспросе в анамнезе отмечались симптомы зависимости от алкоголя, и суицидальные попытки были обусловлены депрессивными включениями в структуре синдрома отмены алкоголя. У 51,9% женщин алкоголизация носила эпизодический характер, и именно состояние опьянения актуализировало суицидальные действия в рамках межличностного конфликта, причем преобладали мотивы демонстративно-шантажного характера. По стабилизации общесоматического состояния данная категория пациенток сожалела о случившемся, строила реальные планы, осуждала себя за то, что заставила переживать близких.

Таким образом, клинико-анамнестическое изучение случаев госпитализации в токсикологическое отделение пациентов по поводу отравлений с целью суицида свидетельствует о том, что алкоголизация выступает в качестве фактора, провоцирующего развитие суицида, и превенция потребления алкоголя будет способствовать более адекватному решению проблем в сложной жизненной ситуации.

МЕТОД ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И УПОТРЕБЛЕНИЯ/ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

А.Г. Калинина, Н.В. Бесчастная
Национальный научный центр наркологии, Москва

Перекисное окисление липидов (ПОЛ) является одним из основных механизмов образования свободных радикалов, вызывающих повреждение биомембран. В целом уровень ПОЛ может рассматриваться как показатель «здорового образа жизни».

ПОЛ играет существенную роль при различных патологических состояниях бронхолегочной, сердечно-сосудистой и иммунной систем, онкологических заболеваниях, ревматоидном артрите и др., а также при наркотической и алкогольной интоксикации.

Именно последнее обстоятельство побудило нас к разработке универсального метода, приемлемого с позиции широкого обследования населения.

Разработано несколько методов оценки ПОЛ. Маркером процесса, как правило, является малоновый диальдегид (МДА), и для его количественной оценки в биомедицинских исследованиях применяется реакция с тиобарбитуровой кислотой (ТБК), ведущая к образованию окрашенного комплекса.

Известны различные способы диагностики патологических состояний, а также самые современные методы выявления фактов употребления/злоупотребления наркотическими веществами. Это хромато-масс-спектрометрический анализ образцов волос, иммуноферментный анализ и др. Методы являются высокоспецифичными и надежными, но их широкое применение в системе ЛПУ для массового обследования различных контингентов населения проблематично по причине сложности и длительности как самого анализа, так и отсутствия необходимого оборудования. Не получил пока должного распространения и биорезонансный метод.

Возможно, наиболее доступным и адекватным методом скринингового тестирования на начальном этапе работы с коллективом является фотометрическое определение ТБК-положительных продуктов в образцах мочи. О целесообразности применения метода свидетельствуют следующие факты:

- уровень ТБК-положительных продуктов является показателем токсического повреждения биомембран, т.е. дает возможность дифференцированного деления обследуемого контингента на группы норма-патология (наряду с выявлением лиц, имеющих опыт употребления психоактивных веществ, выделяются лица, страдающие заболеваниями, не связанными с употреблением тех или иных веществ);

- особенностью употребления одурманивающих веществ в детской и подростковой среде является применение суррогатов наркотиков, алкоголя, веществ, относящихся к категории бытовой химии. Такие вещества (смеси веществ) не могут быть идентифицированы с помощью коммерческих тест – наборов на различные виды наркотиков.

На протяжении трех лет было обследовано около 1000 человек, относящихся к различным группам патологий, школьники из числа общей совокупности подростков, подростки – спортсмены. Для статистической оценки полученных результатов использовали сравнение выборок методом диаграммы размаха. Для попарного сравнения выборок применяли t-критерий Стьюдента при использовании нулевой гипотезы о принадлежности выборок одной совокупности.

Динамика показателя (МДА или ТБК-положительных продуктов) в моче героиновых наркоманов с различным сроком наркотизации существенно различалась в зависимости от длительности интоксикации. За два года регулярного злоупотребления героином в виде внутривенных инъекций почти в 4,2 раза выросла толерантность (переносимость), а содержание МДА в моче от стартового измерения (интоксикация до 1 года) возросло в 6 раз.

Для изучения различных групп патологий с точки зрения уровня ТБК-положительных продуктов были подобраны следующие группы: больные со сформировавшимся синдромом зависимости в возрасте 20-23 лет, больные с язвенной болезнью желудка и различных отделов кишечника в возрасте 24-30 лет, больные с бронхолегочной патологией, онкологические больные 2-3 стадии после лечения, ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС в возрасте до 46 лет; группами сравнения служили здоровые школьники и учащиеся, профессионально занимающиеся спортом. Диаграммы убедительно свидетельствовали о самых высоких значениях МДА в случае героиновой наркомании при сравнении вышеназванных групп испытуемых.

Для исследования влияния физической нагрузки на изучаемый показатель был измерен уровень МДА в моче подростков – спортсменов, занимающихся в секции скалолазания (г. Санкт-Петербург, ГУО «Балтийский берег»). Динамика возрастания концентрации МДА после двухчасовой тренировки показала возрастание изучаемого показателя на 45-48%, что укладывается в известные представления об интенсификации ПОЛ при высоких физических нагрузках. Однако эти величины в течение 1-2 дней (перерыв между занятиями) достигают исходных величин.

Апробация методики на большом количестве образцов биологических жидкостей с контролем достоверности исследования (объективном медицинском обследовании) дает основание рекомендовать ее в качестве скринингового диагностического приема для выявления заболеваемости или степени токсического поражения контингента. Одновременно это даст возможность предупредить развитие наркомании и токсикомании, что наиболее актуально в среде детей и подростков.

ПРОБЛЕМА ЗАВИСИМОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЁЖИ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И СЕТИ ИНТЕРНЕТ

А.В. Морозов, В.А. Морозов

Московский государственный университет технологий и управления

Сам факт зависимости не вызывает сомнения, но является ли эта зависимость нормой или это – болезненное проявление, связанное с психическим расстройством?

Сегодня уже вполне открыто обсуждается проблема компьютерной зависимости человека. Опросив свыше 300 юношей и девушек (пользующихся компьютером и Интернетом) в возрасте 16-19 лет, мы пришли к выводу, что данная зависимость проявляется по-разному. Условно разделили интервьюируемых на четыре основные группы:

1. «Пользователи», имеющие низкую осведомленность о новинках любых видов и использующих компьютер для простых «бытовых» нужд – работы с офисными приложениями, прослушивания музыки, просмотра фильмов и т.п. (55%).

2. «Игроки», проявляющие как к программному, так и к аппаратному обеспечению компьютера лишь поверхностный интерес, который обусловлен невозможностью играть в более требовательные к ресурсам компьютера игры (16%).

3. «Информированные пользователи», обладающие большим багажом знаний об устройстве компьютера, принципах его работы, отслеживающие различные новинки (21%).

4. «Программисты», прекрасно взаимодействующие с компьютером на уровне программирования и знающие огром-

ное количество так называемых «компьютерных хитростей» (8%).

Беседы и наблюдения дают нам основание считать, что поведенческие характеристики, наиболее полно показывающие наличие зависимости, наиболее заметны у «игроков»:

- досада и раздражение, возникающие при вынужденных отвлечениях;

- стремление проводить за игрой практически все свободное время;

- игра по ночам и уменьшение продолжительности сна;

- склонность забывать о домашних делах, встречах, учебе;

- готовность питаться однообразной пищей, принимать ее нерегулярно, второпях, сидя за экраном монитора, и т.д.

Данные поведенческие характеристики далеко не полный перечень «деформаций», обусловленных возникшей и всё более отчётливо проявляющейся и развивающейся в молодом организме компьютерной зависимостью.

«Программисты» желают иметь тотальный контроль над компьютером, над всеми процессами, происходящими в нем, причем степень удовлетворения, получаемого ими от работы на компьютере, прямо пропорциональна степени контроля над ним.

Такое поведение наиболее характерно для молодых людей с высокоразвитыми интеллектуальными способностями и недостаточно развитым социальным интеллектом, зачастую они приносят социальные контакты «в жертву» виртуальным, практически избегая первых и всё более погружаясь в мир вторых.

«Информированные пользователи» менее склонны к такой зависимости в силу отсутствия большого количества практических действий, связанных с компьютером; а группа «Пользователей» и вовсе не склонна к проявлению аддиктивного поведения.

Необходимо отметить имеющиеся в современной молодёжной среде предпосылки для Интернет-аддикции в будущем. Основные направления зависимости:

- во-первых, это коммуникационные возможности, предоставляемые сетью;

во-вторых, это зависимость, связанная с потребительским (приобретение различных товаров и услуг) и азартным использованием сети;

в-третьих, это зависимость от сексуальных применений Интернета.

Как показывают результаты нашего исследования, зависимость «Пользователей» и «Информированных пользователей» от Интернета либо очень слаба, либо отсутствует. Эти наблюдения позволяют предположить, что между зависимостью от компьютера и зависимостью от Интернета существует прямая связь.

Напомним, что наибольшую степень зависимости от компьютера продемонстрировали «Игроки» и «Программисты», а оба типа «Пользователей» оказались к ней менее склонны. Аналогичная картина получилась и при изучении зависимости от глобальной сети.

Каковы же основные причины «бегства» в Интернет молодых людей, попавших в категорию «аддиктов»? Одна из важнейших Интернет-аддикций связана с коммуникативным применением сети (56%). Наиболее привлекательной в Интернет-общении (в чатах, на тематических форумах и т.д.) оказалась возможность анонимного общения.

Дополнительный стимул к такому общению дает, с одной стороны, «эффект безнаказанности», а с другой – возрастающая интимность, зачастую недостижимая при общении людей лицом к лицу.

Причина «бегства» «Игроков» (42%) достаточно проста: большинство из них предпочитают так называемые «ролевые» игры, в которых имитируются все стороны реальной жизни человека с добавлением практически полной свободы действий (в пределах смоделированного в игре мира), касающейся всех сфер реальной человеческой деятельности. Комментариев здесь, очевидно, не требуется.

Относительно потребительского и азартного использования сети (12%) наши выводы не могут быть столь однозначными. Приобретение товаров и услуг с помощью Интернета может являться (и в большинстве случаев это именно так) лишь экономией времени человека, с другой стороны, данное явление (в по-

тенциале) также можно рассматривать как скрытую форму боязни социальных контактов.

Азартное применение Интернета связано с участием в биржевых торгах, азартных играх, викторинах, протекающих в режиме реального времени. Человек находится в постоянном напряжении, возбуждении и возвращается к азартным играм вновь и вновь ради легких денег или для получения ощущения своей значимости.

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛИЗМА

М.Д. Наумова

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Основными задачами медицинской сестры при работе с одной из сложных категорий пациентов – с больными наркологического профиля – являются: соблюдение биоэтики в работе, уважение личного достоинства пациента, соблюдение его прав, оказание квалифицированной медицинской помощи, создание психотерапевтической среды в коллективе, формирование навыков здорового образа жизни с установкой на трезвость.

В отделениях ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» (РНД) сестринская деятельность организуется в соответствии с планом основных мероприятий по реализации «Концепция развития сестринского дела в Чувашской Республике на 2005-2020 гг.». С января 2008 г. в нашем учреждении введено «Положение об управлении качеством медицинской помощи, оказываемой м/с», а также «Экспертная карта оценки качества работы процедурной, палатной м/с, младшего медперсонала, буфетчиц и старших сестер» на основании приказа МЗ и СР ЧР от 02 марта 2009 г. №161. Для объективности оценки важен учет количества должностей по штату и фактически занятых, а также числа пролеченных больных. Доля укомплектованности средним медицинским персоналом составляет 80%, младшим – 70%, что объясняется сложностью работы. Даже, несмотря на длительный отпуск и определенную надбавку к заработной плате за вредность, средний медицинский персонал испытывает сложности в

работе с наркологическими больными, особенно с наркозависимыми. Поэтому особое внимание уделяется психологической подготовке сестер. Все имеют сертификат специалиста. Специалисты с высшей квалификационной категорией составляют 15%, первой – 33, второй – 52%. Младший медперсонал имеет удостоверение «Младшая медицинская сестра».

Больные чувствуют себя не хуже, чем в других ЛПУ, т.к. в палатах уютно, для них организована большая и светлая комната отдыха, где к их услугам цветной телевизор, настольные игры, маленькая библиотека. Все поступающие пациенты получают информацию о своих правах, знакомятся с режимом отделения. В последнее время значительно улучшилась материальная база диспансера: проведена аттестация рабочих мест, косметический ремонт отделений; процедурный кабинет постепенно оснащается современным оборудованием согласно стандарту; палаты укомплектованы новой мебелью. Новая оргтехника, новая мебель, новая спецодежда – все это стало реальностью.

Большое внимание продолжает уделяться инфекционной безопасности и профилактике внутрибольничных инфекций: в процедурном кабинете работают только с применением стерильного материала и в средствах индивидуальной защиты (в перчатках, очках, защитных экранах, масках); контейнеры ЕД-ПО и одноразовый медицинский инструментарий применяется не только в процедурном кабинете, но и в лекарственном, сестринском кабинетах; в буфете используются дезинфицирующие средства нового поколения на основе четвертично – аммониевых соединений (новодез-форте, экоцид, жидкое мыло с кожным антисептиком «Шелк»). В эпидзначимых помещениях установлены передвижные и настенные облучатели-рециркуляторы «Дезар-3,4». Кабинет для приема больных полностью укомплектован одноразовыми комплектами по ООН.

В целях совершенствования оказания медицинской помощи, укрепления исполнительской дисциплины и повышения качества оказания средним медицинским персоналом помощи в условиях стационара в РНД в соответствии письмом МЗ и СР ЧР издан приказ о внедрении в практику «Технологии выполнения простых медицинских услуг», начата работа по внедрению и выполнению данного стандарта. Отраслевой стандарт «Протокол

ведения больных. Пролежни» введен в 2003 г. Согласно этому в стационаре используются «Лист сестринской оценки риска развития пролежней по Ватерлоу», «Лист регистрации противопролежневых мероприятий». Медперсонал обучен алгоритму ухода за пациентами, у которых развились пролежни.

Должность главной медицинской медсестры занимает медсестра с высшим образованием, в ряде подразделений РНД на должности старших сестер работают медицинские сестры с высшим сестринским образованием. Важное место в работе уделяется кадровому резерву. Основные требования к резерву следующие: наличие организаторских способностей, умение работать с людьми, инициативность и оперативность в работе, исполнительность, наличие авторитета в коллективе. Вновь принятые медицинские сестры, независимо от предыдущей последипломной подготовки, совершенствуют свои знания и умения на сертификационном цикле «Сестринское дело в наркологии». Требуя от медицинских сестер высокого качества их труда, мы строим эти требования на уважении человеческого достоинства, умении соблюдать этику и деонтологию, стремлении создать комфортность лечения.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Д.В. Петров, А.С. Шутов

Ярославская государственная медицинская академия

Увеличение продолжительности жизни, борьба с курением, сокращение употребления алкоголя и т.д. – эти фразы на слуху у каждого гражданина нашей страны. Действительно, в последнее время проходит довольно агрессивная кампания со стороны государства, направленная в первую очередь на повышение уровня образованности в вопросах здорового образа жизни, информированности о смертоносности вредных привычек и на создание условий для активного отдыха и полноценного труда. В массовой продаже уже появились сигаретные пачки с хорошо заметными фразами, предупреждающими о вреде курения и о его плачевных последствиях. Возможно, в скором времени и на

бутылках с алкоголем появится нечто подобное. Внимание населения привлекают плакаты с антитабачной агитацией, которых всё больше и больше на улицах наших городов. Запрещена продажа крепких алкогольных напитков после 10 часов вечера. По данным Роспотребнадзора, в России ежедневно употребляют алкогольные напитки 33% юношей и 20% девушек, около 70% взрослых мужчин и 47% женщин, курение распространено повсеместно – курят около 40 миллионов человек, из них 63% мужчин и 30% женщин, среди юношей 40% курящих, среди девушек – 7%.

Одновременно с этим огромное значение придаётся санитарно-просветительской работе, возложенной на медицинские учреждения, и, значит, непосредственно на врачей. Фраза на пачках сигарет «Обратитесь к врачу, чтобы бросить курить» ярко демонстрирует поставленные перед медицинским работником задачи. Профессиональные качества врача, доступность медикаментозных препаратов и в ряде случаев оборудования играют большую роль в успехе профилактических вмешательств. Но в процессе беседы с пациентом для установления эффективного личностного контакта человеческие качества выходят на первый план. Не стоит испытывать иллюзий, что у курящего и пьющего доктора будут трезвые, не курящие пациенты. Врачу необходимо не только предлагать квалифицированную помощь человеку, попавшему в беду, но и ограждать окружающих от ошибок на личном примере, самому верить в то, о чём говорит и делает. В первую очередь это касается вопросов профилактики вредных привычек и просветительской работы в плане здоровья и здорового образа жизни. Отсутствие вредных привычек у врача – залог успеха на этом поприще и гарантия уважительного отношения пациентов, для которых уже не будут голословно звучать банальные фразы о вреде курения и злоупотребления алкоголем.

Исходя из вышесказанного, одним из важнейших направлений в борьбе с курением и злоупотреблением алкоголя является мониторинг распространённости этих явлений среди студентов медицинских вузов и профилактические вмешательства с целью формирования здорового образа жизни в студенческой

среде и оказание помощи будущим врачам в борьбе с вредными привычками.

Целью данного исследования является определение уровня распространённости и характера употребления алкоголя и табака среди выпускников Ярославской государственной медицинской академии. Было проанкетировано 279 выпускников, среди них 89 мужчин и 190 женщин. Для проведения опроса использовались специально разработанная «Карта аутодиспансеризации» и вопросник “AUDIT”.

В результате исследования нами были получены следующие данные:

1. Средний возраст выпускника 23,9 года у мужчин и 23,7 года у женщин.

2. Распространённость курения среди мужчин составляет 43%, что сопоставимо с общероссийским показателем, ранее курили 45% опрошенных, что говорит о крайне слабой тенденции к отказу от курения. Среди женщин в настоящее время курят 17%, курили раньше 33%, и если показатели отказа от курения среди девушек гораздо выше, чем среди юношей, что возможно сохранится и в дальнейшем, то количество курящих почти в 2 раза выше, чем среднее значение по России. Среднее количество выкуриваемых в день сигарет у мужчин и женщин составляет 15,6 и 11,5 сигареты соответственно.

3. Употребление алкоголя. Среди мужчин не употребляют алкоголь 6,8% опрошенных, эпизодически – 22,7, систематически, но с низким риском – 17,1, с высоким риском – 13,6, злоупотребляют алкоголем – 29,6, признаки возможной зависимости выявлены у 10,2%. Среди женщин: не употребляют алкоголь 11,7% опрошенных, эпизодически – 40,5, систематически с низким риском – 25, систематически с высоким риском – 10,6, злоупотребление алкоголем отмечено у 10,6 и признаки возможной зависимости присутствуют у 1,6% выпускниц.

Таким образом, полученная картина свидетельствует о высоком уровне распространённости вредных привычек среди выпускников медицинского вуза. Одновременно с высоким распространением курения, особенно среди мужчин, обращает на себя внимание то, что более 50% молодых врачей придут на свои ра-

бочие места, имея определённые проблемы с алкоголем. Конечно, не стоит заблуждаться, что при такой плачевной ситуации в обществе одна его ячейка, а именно студенты-медики, будет значительно отличаться от общей картины, но и требования, по нашему мнению, должны быть несколько выше к будущей интеллигенции высшего звена, к которой в России врачи относились всегда. Можно только предположить, что подобный багаж в начале трудовой деятельности у этих людей вполне может усугубиться и привести в конечном итоге к серьезным проблемам со здоровьем, в том числе и к быстрому профессиональному выгоранию.

Следовательно, целесообразно вести дальнейшие изыскания по данной проблеме, выявлять причины и выработать методики, направленные на улучшение ситуации среди врачей. Очевиден огромный объём работы, которая должна направляться на предупреждение возникновения и коррекцию подобной ситуации. Действительно, если молодой специалист в течение своего обучения сможет преодолеть возникшие у него проблемы – это даст ему огромный опыт, который он может использовать в дальнейшей работе с пациентом, что значительно повысит качество и эффективность его профессиональной деятельности. Для реализации подобных программ необходимо полноценное динамическое наблюдение за студентами-медиками, которое позволило бы более конкретно сформулировать цели и задачи работы, а также определить необходимые технологии профилактических вмешательств.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Н.В. Платонова

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Эпидемиологические исследования показывают, что соотношение женщин и мужчин, зависимых от алкоголя, составляет 1:5. Клинико-психологические особенности течения алкогольной зависимости включают в себя полиморфные аффективные расстройства, а также более выраженные личностные расстройства в преморбидном периоде. Отношение к женщине, зависимой от алкоголя, в обществе более негативное, в связи с чем об-

ращение к психиатру-наркологу происходит, как правило, уже на стадии сформировавшейся алкогольной зависимости, когда утрачен социальный и семейный статус. Данная категория женщин имеет крайне низкую самооценку, что осложняет терапевтическое сопровождение и организацию противорецидивного лечения.

Для изучения характеристики женщин, страдающих алкогольной зависимостью, по материалам истории болезни были проанализированы все случаи госпитализации с 2007 по 2009 г. За указанный период пролечено 558 женщин. По статистическим данным, число женщин, госпитализированных в отделение с диагнозом «алкогольная зависимость», увеличивается. Так, если в 2007г. удельный вес женщин среди госпитализированных составлял 16,9%, то в 2009 г. – 17,9%, что свидетельствовало об увеличении алкоголизма среди женщин, которое связано с формированием алкогольных традиций в женской популяции, а также изменением социально-культурных установок женщин. В структуре госпитализированных преобладали пациентки, проживающие в городе (56,6%), сельские женщины составляли 43,4%. Анализ показал, что наблюдается тенденция увеличения числа женщин пенсионного возраста, злоупотребляющих алкоголем. Так, если их число в 2007 г. составляло 23%, то в 2009 г. оно достигло 32%. Эта особенность обусловлена утратой привычного стереотипа жизни, отсутствием интересов вне работы, нарушением адаптации в социальной среде, чувством ненужности и одиночества, которые снимаются потреблением алкоголя в компании с подругами аналогичного возраста. Среди работающей группы женщин преобладали женщины, работающие в сфере обслуживания, торговле, причем занятые вне государственных структур. В основном это продавцы на рынке, частных кафе и павильонов, где, как правило, алкоголизация происходит на рабочем месте.

Нарушение внутрисемейных взаимоотношений – ведущий фактор приобщения к систематическому потреблению алкоголя. Тоска, безысходность, ощущение полной ненужности в семье прослеживались практически у всех пациенток отделения. Несмотря на то, что 56% женщин проживали в браке, свои отношения с партнером оценивали как дисгармоничные, около 40%

из них проживали с пьющим мужем. В этих семьях было характерно применение словесного и физического насилия. Среди госпитализированных женщин преобладали со средним специальным образованием (в 2007 г. – 48,3%, в 2008 г. – 43,3%, в 2009 г. – 55,7%) и в то же время прослеживалась тенденция к снижению пациентов с высшим образованием (в 2007 г. – 12,7%, в 2008 г. – 13,5%, в 2009 г. – 11,2%). За отчетный период отмечен рост числа женщин, зависимых от алкоголя, в возрасте 31-40, 51-60, 61-70 лет. Развитие алкоголизма в возрасте 31-40 лет обусловлено влиянием супругов, злоупотребляющих алкоголем. В среднем и пожилом возрасте приходится сталкиваться с формированием так называемого вдовьего алкоголизма. Женщины в 50-60-летнем возрасте остаются одни после смерти мужа, дети уже выросли и у них своя жизнь, и в этот период начинается алкоголизация либо в одиночку, либо с такими же овдовевшими и одинокими подругами. Это наиболее сложная в курации группа пациенток, так как они с трудом включаются в лечебно-реабилитационный процесс, испытывают сложности адаптации в домашних условиях. Таким образом, психокоррекционная работа с женщинами, зависимыми от алкоголя, должна строиться с учетом их личностного статуса.

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ

И.И. Шереметьева, В.Н. Ведяшкин

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

В современном мире возможностей и соблазнов подростки, не имеющие достаточных интеллектуальных и психоэмоциональных ресурсов, зачастую своё свободное время направляют во вредящее здоровью развивающейся личности русло. В период экономических потрясений нередко в статье семейных расходов отдаётся второстепенное значение организованному досугу несовершеннолетних. Исходя из этого предоставленные сами себе подростки формируют неофициальные группирования и субкультурные течения, в структуре которых часто всячески приветствуются и глубоко укореняются различные аддиктивные

нарушения. Одним из ярких составляющих отклоняющегося поведения несовершеннолетних является употребление алкогольной продукции.

На базе Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей проведено исследование структуры и особенностей влечения при алкоголизации подростков. Для этого нами было обследовано 60 больных (28 юношей и 32 девушки) 15-17 лет, обратившихся за помощью по поводу отклоняющегося поведения.

В ходе опроса было выявлено, что юноши начинают употреблять алкогольные напитки раньше, чем девушки (таблица). Преимущественный возраст дебюта алкоголизации приходится на 12-13 лет в обеих группах.

Возраст, лет	Юноши, %	Девушки, %
до 11	19	3
12	36	16
13	29	41
14	19	28
15	–	13

На момент обследования процент систематически употребляющих алкоголь (в среднем 2-3 раза в неделю, до ежедневного злоупотребления) был примерно одинаково высоким в обеих группах (юноши – 81; девушки – 78). Предпочтение отдавалось пиву, в группе юношей его употребляли 89, девушек – 75%. 54% юношей и 63% девушек распивали слабоалкогольные коктейли. Крепкие спиртные напитки употребляли 25% юношей и 6% девушек.

Представляет интерес и тот факт, что 43% юношей и 47% девушек сочетали употребление пива со всевозможными спиртосодержащими коктейлями, т.е. отдавали предпочтение исключительно слабоалкогольным напиткам. Более 60% подростков в обеих группах систематически распивали алкоголь и выкуривали не менее 10 сигарет в сутки, что также негативно влияло на развивающуюся личность.

Полученные данные могут быть использованы для диагностической и прогностической оценки алкоголизации у современных подростков.

СМЕШАННАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ И НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.В. Голенков

Чувашский госуниверситет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

Известно, что больные шизофренией курят в два-пять раз чаще, чем в общей популяции (Leon J. et al., 2007; Winterer G., 2010). Однако эти данные были получены за рубежом, в отечественной литературе нам встретилась лишь одна публикация (Наров М.Ю., 2000), и то в ней описывались клинические особенности никотинизма у больных шизофренией, принципы и методы лечебно-реабилитационной коррекции указанной коморбидной патологии.

Цель исследования – изучить распространенность табакокурения среди стационарных больных шизофренией.

Объект и методы исследования. Проведена однодневная перепись больных шизофренией, находящихся на лечении в Республиканской психиатрической больнице г. Чебоксары; учитывалось, курит больной или нет. В исследовании приняли участие 364 пациента (241 мужчина, 123 женщины) в возрасте от 16 до 72 лет (средний – $40,7 \pm 14,9$ года).

Для изучения отношения больных к различным сторонам больничной обстановки, включая табакокурение в отделении, предлагалась анкета с вопросами, сформулированными в виде незаконченных предложений (Карпов А.М. и соавт., 1993). Кроме того, проводился хронометраж времени поведения больных шизофренией внутри отделения в течение одного дежурства (11 часов).

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью расчета t-критерия для относительных величин (%).

Результаты и обсуждение. Курили 228 больных (62,8%) из 364. Мужчины курили намного чаще, чем женщины (85,1 против 18,7%; $p < 0,001$). В отделении «первого психотического эпизода», дневном стационаре («открытых дверей») больные курили реже, чем в обычных психиатрических отделениях (43,4 против 65,9%; $p < 0,01$). В мужском отделении, в котором больные имели большую длительность заболевания, выраженные негативные расстройства, длительные сроки госпитализации и утрату социальной адаптации, курили 98% (против 56,8%; $p < 0,001$). Близкие цифры обнаружены у мужчин в отделении принудительного лечения (92,5%; $p < 0,001$).

Хронометраж поведения больных в отделении показал, что за курением они проводят 12% времени (около 1 ч 45 мин за 11 часов дежурства с 8.00 до 19.00). На это уходит в сумме времени больше, чем на лечебные процедуры (4%) и свидания с родственниками (4%). Здесь также следует учитывать дневной сон («тихий час») с 14.00 до 16.00, в течение которого курить запрещено. Кроме того, курение в мужских отделениях проходит по расписанию 8-10 раз в течение дня продолжительностью от 30 мин до 1 ч, с ограничением числа выдаваемых сигарет каждому больному (8-10 штук в день). Ограничение выдачи числа сигарет в первую очередь направлено на более равномерное их распределение и экономию, так как многих из них родственники посещают не часто. В женских отделениях, как правило, курить больным запрещают, курительных комнат нет. Поэтому они могут это делать на прогулках 1-3 раза в течение дня в зависимости от времени года. Особенно негативно реагируют на ограничение курения в отделениях ранее судимые больные, а также пациенты с личностными расстройствами, сочетанной наркологической и психиатрической патологией, вероятно, имеющие выраженную никотиновую зависимость.

Опрос пожеланий психически больных показал, что причиной курения могут быть скука и отсутствие развлечений в условиях закрытого режима психиатрического стационара. В частности, от 85 до 100% респондентов требовали больше развлечений, а 70% – свободного выхода из отделения. На вопрос «Я бы хотел(а), чтобы в отделении, где я лечусь...» 10,9% ответили «можно было свободно курить» (преобладали мужчины; $p < 0,05$).

Описанные закономерности должны учитываться при ис-

пользовании методик, направленных на выявление никотиновой зависимости у психически больных. В связи с этим весьма актуальны рекомендации М. Steinberg et al. (2005), предлагающих задавать уточняющие вопросы для исключения ошибочных заключений при использовании тестами.

Согласно полученным данным, подавляющее число больных шизофренией мужчин курит, причем их доля по мере увеличения длительности болезни приближается к 100 (98%). Можно предполагать вовлечение больных в табакокурение при повторных госпитализациях, замещение утраченных жизненных сфер и свободного времени курением. По всей видимости, у них выше интенсивность курения («курят каждую сигарету до конца», «до последней затяжки») и выраженность никотиновой зависимости, о чем свидетельствуют бросающиеся в глаза следы никотина на зубах, деснах, пальцах и ногтях рук, особенно у больных с хроническим течением болезни. Не исключено влияние на табакокурение нарастания негативных расстройств и выраженности побочных эффектов психофармакотерапии. У женщин, больных шизофренией, такая патогенетическая связь в собранном материале не прослеживается. Но здесь велика роль запретительных мер, которые могут существенно исказить долю курящих среди женщин психиатрических стационаров, в том числе страдающих никотиновой зависимостью.

Полученные данные необходимо в будущем дополнить исследованиями объективизации выраженности никотиновой зависимости, причин табакокурения и мотивации к отказу от курения у больных шизофренией. Весьма интересно проследить связь начала курения с инициальной стадией этого заболевания.

СОЧЕТАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Л.М. Иванова
Моргаушская ЦРБ

С целью выяснения изначальной первопричины нарушения здоровья наркологических больных были обследованы пациенты, состоящие параллельно на учете у психиатра и нарколога в

Моргаушском районе. При исследовании выяснилось, что из 999 больных, наблюдающихся у нарколога, 56 (5,6%) состояли на учете у психиатра со следующей патологией: различные органические расстройства личности (F 01, 02, 06, 07), чаще вызванные токсическим, травматическим воздействием алкоголя на головной мозг (16 чел. (28,5%), эндогенная патология, вероятно повлиявшая на формирование тяги к алкоголю (4 чел. – 7,1%; из них 1 женщина), невротическое расстройство (1 женщина и 1 мужчина (3,4%).

На психиатрическом учете (консультативном и диспансерном) в ЦРБ состоял 481 больной с различной степенью умственной отсталости. По данным фельдшеров, 40 (8,3%) злоупотребляли алкоголем. Из них 33 (6,8%) с алкогольной зависимостью наблюдались у психиатра-нарколога (наибольшее количество лиц из сочетанной группы, имеющих тягу к алкоголю 58,8%, во всех возрастах). У 32 (96,9%) выявлена легкая степень умственной отсталости, у 1 (3%) – средняя степень; из них у 10 больных прослежена семейная форма умственной отсталости.

В поле зрения нарколога вышеуказанные больные попадали преимущественно в связи с совершением правонарушения в состоянии алкогольного опьянения

Больные в основном являлись лицами трудоспособного возраста: 30-40 лет – 48%; 40-50 – 14,2%; 20-30 – 12,5%.

В группе больных, сочетающих в себе умственную отсталость и алкоголизм, практически у всех отмечалось наличие психоадаптационных эпизодов в детстве в форме гиперактивности, гипервозбудимости (30 – 90%); раннее начало употребления алкоголя – от 12 до 18 лет (28 – 84,8%); сочетание с ранним курением – от 10 до 14 лет (25 – 75,7%); низкая толерантность к алкоголю – быстрое опьянение при употреблении некрепких напитков (29 – 87,8%); злокачественно-прогредиентный тип течения алкоголизма (по Энтину – формирование абстиненции до 6 лет) (27 – 81,8%); форма мотивации употребления – атактичная, активационная; форма употребления алкоголя – по типу постоянного пьянства на фоне низкой толерантности; социальная дезадаптация: асоциальный образ жизни (14 – 42,4%), дисфункциональные, конфликтные взаимоотношения с родственниками либо отсутствие семьи (27 – 81,8%), отсутствие общест-

венных интересов, наличие судимости за правонарушения, преимущественно совершенные в состоянии алкогольного опьянения, преимущественно кражи (17 – 51,5%), отсутствие критики к заболеванию (22 – 66,6%).

Вследствие постоянного употребления алкоголя алкогольные делирии редки в результате вынужденной госпитализации по экстренным показаниям на стационарное лечение, чаще в хирургическое отделение.

У одного больного наблюдался психоз в форме острого алкогольного параноида – по бредовым мотивам преследования совершил поджог, в связи с чем прошел курс стационарного принудительного лечения. В последующем он осуществил аутоагрессивный акт самосожжения из-за обиды на соседей, состояния тревоги, преследования (облил себя бензином), лечился по поводу ожогов.

Алкогольная деградация проявлялась аспонтанностью (склонностью к паразитическому образу жизни).

При контроле со стороны семьи, возникновении страха перед неизлечимыми заболеваниями, занятости работой наблюдались три случая длительной ремиссии.

Таким образом, самой частой сочетанной патологией (психические расстройства и наркологические заболевания) являются умственная отсталость и алкогольная зависимость. У жителей сельской местности имеются многочисленные факторы риска для ее формирования.

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ С БОЛЬНЫМИ АЛКОГОЛИЗМОМ

И.В. Кузнецова, В.В. Капитонов

Республиканский наркологический диспансер, Новочебоксарск

Алкоголизм одного из супругов является сильным стрессовым фактором для второго. Особенности психического здоровья жен, мужей и других членов семьи больного алкоголизмом получили название «созависимость».

Данное исследование представляет результаты изучения состояния психического здоровья лиц, которые сами не страда-

ют алкоголизмом, но длительное время проживают в браке с больным алкоголизмом супругом или супругой.

Проведен анализ амбулаторных карт больных пограничными психическими расстройствами (ППР), проживающих в г. Новочебоксарск и обратившихся за психологической помощью.

Выявлено 125 супружеских пар, из которых 117 пар с мужем, страдающим алкоголизмом, и 8 пар, в которых жена страдает этим заболеванием. Средний возраст мужей на момент обследования семьи составил $48,6 \pm 5,2$ года, средний возраст жен – $45,6 \pm 5,0$.

По данным анамнеза, семьи созданы в возрасте супругов от 19 до 28 лет. 30% супругов находились официально в разводе, но при этом продолжали проживать и вести совместное хозяйство.

Результаты исследования выявили, что среди женщин, проживающих с больным алкоголизмом, преобладали расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (27,4%). Среди мужчин, проживающих с супругой, больной алкоголизмом, преобладали непсихотические расстройства, обусловленные соматическим заболеванием (язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, сахарный диабет) (25,0%). Нозологическая структура ППР, выявленных у супругов, проживающих совместно с больным алкоголизмом, представлена в таблице.

Среди бывших жен и мужей больных алкоголизмом, состоящих в разводе и долгое время проживающих отдельно, не обнаружено каких-либо выраженных психологических нарушений.

Отсутствие психических расстройств наблюдалось в семьях, где внутрисемейная ситуация была сравнительно благополучной. Алкоголизм у мужей здесь протекал малопрогрессирующе, мужья выполняли внутрисемейные обязанности, а дети считались благополучными.

Высокая частота ППР у одного из супругов, проживающего совместно с больным алкоголизмом, подтверждает точку зрения, что в силу длительного, хронического воздействия стрессового фактора (алкоголизм, наркомания) имеют место определенные отклонения в эмоциональной, когнитивной и поведенче-

ской сферах и психосоматические нарушения у членов семьи, проживающих совместно с больным алкоголизмом.

Нозологическая структура ППР

Нозологическая форма ППР	Женщины		Мужчины	
	абс.	%	абс.	%
Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации	17	14,5	-	-
Соматоформное расстройство	1	0,85	-	-
Другие невротические расстройства	27	23,0	1	12,5
Расстройства сна неорганической природы	5	4,3	-	-
Сексуальные расстройства, обусловленные органическими нарушениями или болезнями	3	2,5	1	12,5
Расстройства зрелой личности и проведения у взрослых	32	27,4	-	-
Непсихотические расстройства, обусловленные соматическим заболеванием	11	9,4	2	25,0
Без ПР	21	18,0	4	50,0
Всего	117	100	8	100

Клиническая реальность состоит в том, что не только больной алкоголизмом нуждается в помощи нарколога, но и все члены семьи нуждаются в помощи специалистов, поэтому вполне оправдано для супружеских пар, где есть больной с наркологической патологией, назначение континуальной семейной психотерапии с привлечением как психиатра-нарколога, так и психотерапевта и медицинского психолога для предотвращения развития ППР среди членов семьи больного и выработки стойкой ремиссии у больного алкоголизмом.

ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Е.В. Петрова, Л.С. Прокопьева, В.В. Рафинов
Чебоксарская центральная районная больница

В Чебоксарском районе совершенствуются система межведомственного взаимодействия и координация действий субъектов профилактики правонарушений и преступлений, пьянства, алкоголизма и наркомании на территории района. Для решения задач укрепления правопорядка в районе функционируют Комиссия по профилактике правонарушений, Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав, Антинаркотическая комиссия, в поселениях – Советы профилактики. Особое внимание уделяется работе с «группами риска». Именно эта категория лиц наиболее часто совершает противоправные деяния. Объектом превенции являются неработающие, ранее судимые, несовершеннолетние, а также лица, страдающие алкоголизмом и наркоманией, психическими расстройствами. Их доля в общем числе выявленных преступников составляет около 50%. Доля рецидивной преступности в Чебоксарском районе – 40,1.

Структура преступности в районе представлена следующим образом: удельный вес уличных преступлений – 12,4%, доля бытовых убийств и умышленных причинений тяжкого вреда здоровью – 1,8.

Необходимо отметить, что в результате активизации деятельности субъектов профилактики в 2009 г. на территории Чебоксарского района на 4,3% снизилась преступность среди несовершеннолетних. Ими совершено 44 преступления против 46 за аналогичный период прошлого года, при этом доля детской преступности составила 7,1%.

Структура преступности среди несовершеннолетних: кража чужого имущества – 36 случаев, разбой – 1, неправомерное задержание автотранспортным средством – 4, изнасилование – 1, нанесение побоев – 1, заведомо ложное сообщение об акте терроризма – 1.

За совершение различных преступлений на территории Чебоксарского района к уголовной ответственности привлечены 37

несовершеннолетних против 44 за аналогичный период прошлого года (снижение на 15,9%). При этом в группе совершено 25 преступлений против 30, только несовершеннолетними 11 против 8, в смешанной группе – 14 против 22. Наиболее криминальным среди несовершеннолетних является возраст от 16 до 17 лет (26 подростков), от 14 до 15 лет (11). Все несовершеннолетние относятся к «группе риска» и в 70% случаев противоправные действия связаны с потреблением алкоголя, но, к сожалению, сотрудники правоохранительных органов не направляют их на медицинское освидетельствование.

Распространенность бытового пьянства, алкоголизма и наркомании продолжает оказывать негативное влияние на состояние оперативной обстановки. Поэтому деятельность субъектов профилактики направлена на превенцию потребления алкоголя и раннее выявление потребителей алкоголя с проведением мотивационного вмешательства, направленного на своевременное обращение за специализированной помощью, что сказывается непосредственно на показателях деятельности наркологической службы района. В районе выделено две наркологические ставки в ЦРБ и офисе врача общей практики в с. Ишлеи. По итогам 2009 г., уровень первичной заболеваемости алкогольными психозами составил 6,8 на 100 тысяч населения, что на 67,0% ниже, чем в 2008 г. (20,6). Показатель общей заболеваемости алкогольными психозами достиг 16,9 на 100 тысяч населения, что на 34,2% ниже, чем в 2008 г. (25,7). Среди лиц, перенесших алкогольные психозы, женщины составили 20% (2 человека). Удельный вес лиц, перенесших психозы, высок в группе больных 20-39 (50,0%), 40-59 лет (50,0%). Среди лиц, перенесших алкогольный психоз, преобладали неработающие (более 90%), многие из них не работали более 5 лет. В структуре таких больных преобладали лица с низким образовательным статусом.

Показатель общей заболеваемости алкоголизмом составил 1869,4 на 100 тысяч населения, что на 7,0% ниже, чем в 2008 г. (2010,3), число впервые зарегистрированных больных с алкогольной зависимостью в 2009 г. – 89,5 на 100 тысяч населения, что на 19,6% ниже показателей 2008 г. (111,3). Среди больных алкоголизмом преобладали мужчины – 82,6%: с I стадией – 3,2% (35), со II – 95,9% (1062), с III – 0,9% (10). Удельный вес

больных алкоголизмом высок в возрастной группе 40-59 (73,5%), 20-39 лет (22,6%).

Пристальное внимание также уделяется профилактике особо опасных действий (ООД), совершаемых лицами, страдающими психическими расстройствами. По итогам 2005-2009 гг., амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу прошли 70 больных. Из них на диспансерном наблюдении находились 5 (11,9%), 26 больных (61,9%) числились в лечебно-консультативной группе. В 16 случаях (42,1%) в 2005 г. и в 11 случаях (26,2%) в 2009 г. диагноз «психическое расстройство» устанавливался при прохождении судебно-психиатрической экспертизы.

ООД совершили 40 мужчин (95,2%) и 2 женщины (4,8%). Подростками совершено 6 правонарушений (14,3%).

Наиболее криминогенными среди лиц, совершивших ООД, являлись больные с умственной отсталостью. Умственная отсталость в 2005 г. регистрировалась в 77,4% случаев всех СПЭ, в 2009 г. – в 61,1%. Больные с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых составили 27,8%, больные шизофренией – 11,1%.

Половина правонарушений (21 ООД) совершена впервые, столько же повторно (21 ООД). Эта категория больных чаще всего совершала кражи (54,8%).

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует, что необходимо прицельно работать с «группой риска», активно внедрять методики социопсихотерапии, решать вопросы их трудоустройства и занятости.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА АЛКОГОЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Д.Г. Семенихин, О.В. Башмакова

*Казанская государственная медицинская академия,
Областная клиническая психиатрическая больница
им. Н.М. Карамзина, Ульяновск*

Увеличение числа больных шизофренией с признаками хронического алкоголизма рассматривается как признак социального патоморфоза заболевания. Частота подобной коморбид-

ности колеблется от 10 до 45%, что представляет собой актуальную медико-социальную проблему.

С целью исследования внутренней картины алкоголизации при параноидной шизофрении проведено полуструктурированное интервью 92 больных мужчин, проходивших повторно стационарное лечение. Средний возраст – $36,2 \pm 9,3$, средняя продолжительность заболевания – $13,3 \pm 3,2$ года.

Опрошенные в 41,3% случаев сообщили о одновременном приеме психотропных препаратов и спиртных напитков. Среди употребляемых алкогольных напитков на первом месте стояла водка (67,39%), на втором – пиво (25%), на третьем – вино (15,22%). В 23,91% случаев пациенты сочетали прием алкоголя и лекарственных препаратов, ускорявших достижение желаемого эффекта. Более половины больных систематически употребляло алкоголь (32,6% – 1 раз в 2–3 дня, 25% – 1 раз в неделю), а клинически у них обнаруживались признаки алкогольной зависимости. Отдельно следует отметить позицию «употребляю алкоголь, как все», которую поддержало 83,7% респондентов.

Основной мотивацией приема спиртного являлось улучшение контактов с окружающими (47,8% мнений), стремление быть более похожими на них, возможность меньшего дистанцирования от общества. Значимое место при употреблении спиртных напитков занимали стабилизация сна (29,4%) и коррекция эмоционального фона (23,9%), которые могут рассматриваться как в структуре морбидных проявлений, так и в комплексе побочных эффектов психофармакотерапии. Атарактическая и гедонистическая мотивации, преобладающие у лиц с хроническим алкоголизмом без коморбидной психической патологии, прослеживались достоверно реже ($p < 0,01$), соответственно только в 18,5 и 13,0% случаев.

В период алкогольного опьянения наиболее часто респонденты отмечали такие признаки, как «общительный» (30,4%) и «веселый» (23,9%), что можно соотнести с мотивацией употребления спиртного. Прослежена связь между приемом алкоголя и улучшением коммуникативных характеристик, что, весьма возможно, опосредовано восприятием окружающими больных в состоянии алкогольного опьянения более приемлемыми, нежели собственно больных шизофренией. Около 15,2% пациентов со-

общили, что им приходилось использовать различные лекарственные препараты с целью избавления от последствий приема спиртного. Только 7,6% пациентов отметили, что прием алкоголя создает для них жизненные сложности. 29,4% опрошенных связывали госпитализацию в психиатрический стационар со злоупотреблением спиртными напитками.

Как в мотивации приема алкоголя, так и в особенностях состояния опьянения, обстоятельствах стационарирования, отмечаемых пациентами, отражается стремление к уменьшению стигматизации по признаку психического расстройства, поскольку отношение в обществе к лицам с хроническим алкоголизмом более терпимое, чем к больным шизофренией. Антиаутистические свойства алкоголя несколько «сглаживают» морбидные процессуальные проявления, делают больных более предсказуемыми, уменьшают социальную дистанцию.

Таким образом, во внутренней картине алкоголизации у больных параноидной шизофренией – мотивации приема спиртных напитков и особенностях состояния опьянения – выявлено стремление к более эффективной интеграции в социум и тенденции аутодестигматизации.

АНТИТАБАЧНАЯ ПРОГРАММА «ДЫШИ СВОБОДНО» КАК ФРАГМЕНТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

В.Е. Филиппова, Л.Н. Никитин, Е.В. Волошина
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Больные с психическими расстройствами курят чаще и больше, чем психически здоровые люди, при этом они реже бросают курить. Данный факт привел к активации работы по борьбе с табакокурением (ТК) среди пациентов в условиях психиатрической больницы.

Антитабачная программа «Дыши свободно» содержит доступную информацию о ТК в форме концертов-лекций. Литературно-музыкальные номера облегчают усваиваемость материала. Данная программа состоит из трех блоков.

В первом блоке пациентам предлагается обсудить наблюдавшуюся проблему массовости курения, наиболее популярные мифы и заблуждения о никотиновой зависимости, которая не только разрушает человека физически, но и уничтожает духовно-нравственные начала. Особое внимание уделено пассивному курению и ответственности со стороны курящих. Каждый зритель – участник программы – может задать вопрос по теме или поделиться своим опытом отказа от табака.

Второй блок посвящен проблеме «женщины-сигареты-дети». Разбирается список самых основных составляющих табачного дыма, воздействие химических элементов на системы организма, причины раковых и других заболеваний.

Третий блок завершает программу разделами «Современные методы отказа от табака, их эффективность», «Курение в психиатрической больнице», «Курение и психические расстройства, обман «самолечения», «Работа над ошибками».

В каждом блоке предлагаются советы тем, кто еще не готов отказаться от табака. Конкретность изложения (перечисление химических соединений и их область влияния на организм) у курильщиков формирует ясное понимание неизбежности негативного воздействия табачного дыма на здоровье и не оставляет никаких расплывчатых мнений по этому вопросу.

Особенность программы «Дыши свободно» – осмысление «никотиновой действительности» через творчество. Песни, стихи, сценки о вреде табака, конечно, не избавляют от никотиновой зависимости, но помогают сделать первые шаги на пути к собственному здоровью и собственному «Я». Среди артистов преимущественно курящие пациенты.

В групповые занятия в зависимости от состояния и интеллектуального уровня пациентов включены творческие задания. Некоторым предлагается написать синквейны (пятистрочные японские стихи) к таким словам как «сигарета», «курение», «жизнь», «радость», «трудность», «друг» и т.п. Синквейны позволяют вывести суть слова, развивают мышление и логику, к тому же нравятся самим авторам.

Среди курящих больных пока единицы, решившие меньше курить вплоть до полного отказа от табака. Такие пациенты подают хороший пример остальным. Особенно это заметно в

группе артистов программы «Дыши свободно»: общее дело сближает людей, они становятся друзьями и могут влиять друг на друга как положительно, так и отрицательно, но общая анти-табачная атмосфера изменяет мышление и направляет в правильное русло. Наглядный пример: один из артистов, заядлый курильщик, от которого можно было услышать только одну фразу «давайте покурим», вдруг начал осознавать, что сигареты – это уже не модно, курение не приветствуется, и под общим одобрением заявил, что бросает курить.

Анти-табачная программа «Дыши свободно» в Республиканской психиатрической больнице работает с июня 2010 г. К настоящему времени участие в программе приняли 120 больных, из них 20 – постоянные участники. Двое больных полностью бросили курить, часть пациентов уменьшила интенсивность курения.

Анти-табачная программа «Дыши свободно» теперь будет проходить в обязательном порядке для всех курящих пациентов каждую неделю по тематическим разделам. Мы склонны ее рассматривать как составную часть реабилитации больных.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*С.И. Яковлева, Д.Г. Сергеев, Н.А. Ефимова
Республиканский наркологический диспансер,
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары*

Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость у больных шизофренией представляют собой высоко актуальную проблему современной психиатрии, поскольку встречаются достаточно часто, существенно меняя клинику и течение основного психического расстройства, влияя на эффективность терапии и работу медицинского персонала. Сопутствующая алкогольная зависимость оказывает значительное влияние на окружающих и самого пациента, нарушает социальную адаптацию – повышается число общественно опасных действий и парасуицидов.

Целью исследования стало выявление клинических (проявления и течение болезни), социальных особенностей лиц с ши-

зофренией и факторов, позволяющих прогнозировать потенциальный риск развития социально значимого расстройства - алкогольной зависимости, а также создание рекомендаций по профилактике алкоголизации таких психиатрических пациентов.

На базе Республиканской психиатрической больницы было обследовано 56 больных шизофренией, среди которых 34 мужчин и 22 женщины в возрасте от 23 до 64 лет. Возраст начала шизофрении составлял от 15 до 53 лет. Квалификация шизофрении, ее типов течения осуществлялась с учетом критериев, определенных в рамках МКБ-10.

Методологической основой нашего исследования было применение клинико-психопатологического подхода; анамнестического – информация, полученная от самих пациентов и из медицинской документации; стандартизованная оценка психического состояния – тест «CAGE» (выявление злоупотребления алкоголем посредством диагностики состояния хронической алкогольной интоксикации). Опрос по данной методике показал, что у 64% испытуемых можно предположить систематическое употребление алкоголя, а у 18% оно приближается к состоянию зависимости.

В ходе исследования выяснено, что в развитии алкогольной зависимости у больных шизофренией участвует комплекс биологических, социальных и психологических факторов. Большинство факторов риска развития зависимости у больных связано с психическим расстройством и может быть отнесено к психиатрическим предикторам: аффективные состояния (депрессия, тревога), когнитивные нарушения (снижение критики) и волевые нарушения (социальная подчиняемость). Психологические (личностные) факторы включают неадаптивные стратегии совладания и потребность в поиске ощущений, что ведет к дезадаптации, и злоупотребление развивается как попытка самолечения симптомов и побочных эффектов лекарств. 36% пациентов сообщают, что они используют алкоголь, чтобы облегчить общий дискомфорт от расстройства, бедность эмоций, ангедонию, переживание ограничения возможностей и скуку.

Выявленные нами анамнестические факторы – неполная семья, разводы, поздний возраст инвалидизации (62%), как причина снижения материального обеспечения и социального ста-

туса, отражают социальные последствия психической болезни. 78% опрошенных испытывают недостаток поддержки семьи, что ведет к ее поиску в группе зависимых от алкоголя лиц. Только 5 человек из опрошенных имеют место работы, а невозможность трудоустроиться также способствует маргинализации психиатрических пациентов.

Учет факторов риска обеспечивает возможность не только прогнозирования и раннего выявления, но и профилактики сопутствующей алкогольной зависимости у больных шизофренией. Выявленные предикторы развития алкогольной зависимости: психиатрические (связанные с заболеванием) возможно модифицировать психотерапией; личностные (связанные с поведенческими особенностями) – путем выявления и психологической коррекции их проявлений; уменьшить вклад социально-демографических факторов риска возможно в результате социотерапевтических мероприятий.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СРЕДИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ г. ЧЕБОКСАРЫ

*А.В. Голенков, И.Е. Булыгина, И.Э. Мутикова
Чувашский госуниверситет им. И.Н. Ульянова,
Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары*

Проблема ВИЧ-инфицирования больных наркологического профиля сохраняет свою актуальность, так как пациенты этой группы остаются одной из наиболее сложных в терапевтическом сопровождении больных. Эта категория пациентов более склонна к нарушению лечебного режима, срыву лечебных процедур, отказу от превентивных мероприятий в отношении своих партнеров. Данное поведение осложняется наличием конвульсивного влечения к психоактивному веществу, а также целым комплексом соматовегетативных нарушений. Кроме того, под воздействием интоксикации снижается критическая оценка своего состояния, что зачастую приводит к срыву антиретровирусной терапии.

По состоянию на 01 января 2009 г. общее число ВИЧ+ пациентов среди наркологических больных, проживающих в г. Чебоксары и состоящих под наблюдением Республиканского

наркологического диспансера, 47 чел.(0,5%), из них 13 женщин (0,1% – 148,6 на 100 000). Среди больных алкоголизмом распространенность ВИЧ-инфекции составила 0,1% (139, 84 на 100 000, что в 1,66 раза выше аналогичного показателя в общей популяции – 84,0), наркоманией – 4% (354,3), токсикоманией – 0,9% (22,9). Средний возраст ВИЧ-инфицированных больных наркоманиями 34 года, алкоголизмом – 36. Данная категория пациентов проживает вне семьи (64,5% – наркоманы, 75% – алкоголезависимые). В группе ВИЧ+ больных алкоголизмом никто не работает, несмотря на то, что 87,5% имеют среднее и среднее специальное образование, в группе больных наркоманиями работали лишь 19,4%. У 45,2% больных наркоманией и у 25% больных алкоголизмом ВИЧ-инфекция сочетается с гепатитами. Судимы в прошлом 62,5% (все мужчины), у 50% мужчин развитие алкогольной зависимости произошло перекрестно после опийной наркомании, у 75% в возрасте 19-20 лет. Алкогольные психозы перенесли 62,5% ВИЧ+ больных мужчин. Практически все больные с алкогольной зависимостью имели различные хронические соматические заболевания (сахарный диабет, язвенную болезнь желудка, туберкулез и др.), 27,3% переболели инфекциями, передаваемыми половым путем. По данным медицинской документации, эти пациенты практически не поддерживают терапевтический контакт с врачом и обращение в диспансер связано с ухудшением состояния на фоне абстинентного синдрома, который протекает с преобладанием тяжелых соматоневрологических расстройств, в 12% случаев – с развитием судорожного компонента в структуре отмены алкоголя.

Биологически-ориентированная терапия основных стержневых симптомов зависимости, а также проявлений абстинентного синдрома затруднена, так как необходимо учитывать особенности иммунного статуса ВИЧ+ и специфику действия антипсихотических препаратов. В то же время лечение наркомании и алкоголизма является одновременно сдерживающим фактором развития клинических симптомов СПИДа у ВИЧ+ пациентов, что актуализирует необходимость поддерживающего лечения в период динамического наблюдения. Работа требует от медицинского персонала четкое знание и строгое выполнение регламента противэпидемического режима. Актуальным также является

преодоление у медицинских работников возможной отрицательной и даже враждебной реакции по отношению к инфицированным больным, обучение их приемам психологической помощи с соблюдением принципов конфиденциальности.

Все пациенты, поступающие в наркологическое отделение, проходят предтестовое консультирование, которое включает в себя определение полноты и правильности знаний о ВИЧ и СПИДе. Среди инъекционных потребителей наркотиков наблюдается достаточно высокая осведомленность об инфекции, что в определенной степени адаптирует их к мысли о возможном личном инфицировании, в связи с чем отсутствует психоэмоциональное напряжение при информировании их о наличии ВИЧ+статуса. Особое внимание уделяется послетестовому консультированию, в котором делается акцент на важности завершения пациентом лечения с обязательным прохождением реабилитационного этапа, а в дальнейшем – на полном отказе от употребления психоактивных веществ, так как наркологическая патология, влияя на иммунный ответ организма, ускоряет развитие проявлений СПИДа и делает их более злокачественными.

Таким образом, ВИЧ-инфекция намного чаще встречается среди контингента наркологических больных г. Чебоксары. Эта группа характеризуется низким образовательным статусом, высокой криминогенностью, прочими неблагоприятными клинико-социальными показателями, которые существенно затрудняют лечение как наркологической патологии, так и ВИЧ-инфекции.

ПСИХОЛОГИЯ В НАРКОЛОГИИ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*А.Д. Борохов, Д.З. Борохов
Госпиталь Кирьят Шломо, Иерусалимский институт
доказательной медицины, Израиль*

Психологическое обследование направлено на объективизацию клинической картины психически (наркологических)

больных, уточнение социальных и морбогенных факторов. Особенно это важно при коморбидной психической патологии.

Материалом для настоящего исследования послужила группа из 124 мужчин в возрасте от 18 до 38 лет (средний возраст $21,8 \pm 5,0$ года), имеющих наркотическую и/или алкогольную зависимость.

По МКБ-10 в 25 случаях из 124 (20,2%) было установлено наличие психических и поведенческих расстройств в результате употребления алкоголя (F10). В 11 случаях (8,9%) – употребления опиоидов (F11), в 39 (31,5%) – каннабиноидов (F12), в трех (2,4%) – кокаина (F14), в трех (2,4%) – кофеина (F15), в 10 (8,1%) – галлюциногенов (F16), в четырех (3,2%) – летучих растворителей (F18), в 29 случаях (23,3%) имело место сочетанное потребление наркотиков и использования других ПАВ (F19).

При психологическом исследовании из 124 обследуемых 23 человека отказались или не смогли по ряду причин закончить тест ММРІ. Так называемый профиль высокого риска аддиктивного поведения был обнаружен у 75,2% опрошенных лиц по этой методике. Он представлял собой одновременные пики по шкалам 4 («Психопатия») и 9 («Гипомания») в сочетании с некоторым спадом по шкале 10 («Социальная интроверсия»).

Подъем по шкале 4 оказался характерным как для лиц, злоупотребляющих ПАВ и алкоголем, так и для группы с коморбидной патологией (личностные нарушения, в сочетании с наркоманией и алкоголизмом). Выбор утверждений отражал неудовлетворенность своим положением в микросоциуме, склонностью перекладывать ответственность за собственные неудачи на окружающих.

Подавляющее количество обследуемых, получивших высокие профильные оценки по шкале 4 (75-80 баллов), имели криминальное прошлое, а часть – повторные судимости. Высокое расположение профиля ММРІ свидетельствовало о выраженности социальной дезадаптации, составными частями которой являлись проблемы с законом и собственно аддиктивное поведение. Вместе с тем количественные показатели по шкале «Психопатия» не отражали глубину пристрастия и наличие физической или психической зависимости к ПАВ. Показатели по шкале 9, которая отражала повышенную активность, стремление к

лидерству были несколько ниже, чем по шкале 4. Данные по шкале 10 («Социальная интроверсия») достигали в среднем 40-45 баллов. Низкие баллы отражали поверхностную общительность и нестабильность в интраперсональных отношениях.

В группе пациентов без коморбидного диагноза достаточно часто наблюдался подъем по шкале 2 («Депрессия»), показатели которой колебались между 65 и 70 стандартными баллами. Возможно, это было связано с явлениями абстиненции, наличием астенических симптомов, заниженной самооценкой, пессимистическим взглядом на будущее и ощущением морального дискомфорта.

У шести человек, относящихся к группе, имеющей коморбидное сочетание расстройств мышления и злоупотребления ПАВ, отмечались пики по шкалам 6 («Паранойя») и 8 («Шизофрения»). При этом пики по шкалам 4 и 9 были значительно менее выражены, чем у лиц, с расстройствами личности, в сочетании с наркоманией и алкоголизмом.

«Тест Руки», проведенный у 105 пациентов, выявил значительные различия между группами. Так, в первой группе (без коморбидного диагноза) ответы в своем большинстве отражали чувство страха, зависимость, пассивность. Агрессивное поведение существовало лишь потенциально в форме страха и зависимости, в известной степени отражало склонность к аутоагрессии. Коэффициент коммуникативности-агрессивности был больше единицы, что, в общем, совпадало с клинической картиной.

Во второй группе, в которой значительную часть обследуемых составляли лица с диссоциальным и эмоционально-неустойчивыми расстройствами личности, доминировали ответы, отражающие агрессивность, директивность и моторную активность. Коэффициент коммуникативности-агрессивности был меньше единицы, агрессивность обнаруживалась не только как тенденция, но как реальный паттерн поведения. Например, пять пациентов, имеющих уголовное прошлое, на карточку с изображением указательного пальца дали первым описанием «удар пальцем в глаз». В шести случаях наблюдались специфические ответы, связанные с употреблением ПАВ. В трех случаях сведенные пальцы руки определялись как физические симптомы абстиненции или тремор, а еще в трех обследуемые видели в

другом изображении характерный жест курильщика марихуаны, «забывающего косяк». Пустая карточка вызывала замешательство и трудности в визуальном представлении кисти. Поэтому карточка обычно формально выбиралась из предыдущей группы предъявляемых графических рисунков.

Таким образом, у обследованных больных выявлен профиль высокого риска аддиктивного и агрессивного поведения, которые обусловлены социальными условиями и хроническим употреблением ПАВ.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Л.Г. Дорофеева, Л.А. Григорьева

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Акцентуации характера – это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Цель исследования: изучение факторов риска формирования зависимостей от психоактивных веществ.

Обследовано 50 человек: 8 подростков, находящихся в центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей (от 10 до 17 лет) и 42 подростка, обучающихся в вечерней школе №3 (от 15 до 17 лет); из них 12 девочек.

Использованы экспериментально-психологические методики: подростковый диагностический опросник (ПДО), «Самооценка» по шкале Дембо-Рубинштейн, «Подростки о родителях» (ADOR), «Минимумльт», мотивация потребления алкоголя (МПА).

В результате проведения ПДО было выявлено, что 36% подростков относятся к эпилептоидному типу акцентуации характера, 14% – к гипертимному, 8% – к лабильному, 6% – к психастеническому, 4% – к шизоидному, 2% – к истероидному и 16% – к смешанному типу характера (эпилептоидно-шизоидный, эпилептоидно-истероидный, истероидно-неустойчивый,

эпилептоидно-гипертимный, гипертимно-лабильный, гипертимно-неустойчивый).

Таким образом, эпилептоидный тип акцентуации характера является неблагоприятным в плане социализации ребенка и именно среди подростков с этим типом акцентуации отмечается наибольшее количество несовершеннолетних, замеченных в употреблении алкоголя.

Склонность к делинквентному поведению обнаружилась у 36% подростков. В системе отношений у 48% подростков доминируют черты мужественности. Повышенную откровенность при ответах на утверждения ПДО показала лишь третья часть испытуемых. Стремление выставить напоказ свою склонность к алкоголизации выявилась у 34%. Слабую конформность показали 15% подростков, умеренную – половина опрошенных, средний уровень конформности – $\frac{1}{4}$ часть, и высокую – 9% подростков. Слабую реакцию эмансипации имели 13%, умеренную – 41%, выраженную – 22% и очень сильная эмансипация выявлена у половины опрошенных подростков. У 25% отсутствовал риск социальной дезадаптации, у 31% присутствовал риск дезадаптации, у половины обследуемых – высокий риск социальной дезадаптации. Риск социальной дезадаптации проявлялся и в самооценке. В результате использования методики «Самооценка» было установлено, что 68% подростков имеют неадекватную самооценку. 32% адекватно оценивали себя и свои возможности.

Таким образом, у 76% подростков выявлен неадекватный уровень притязаний: высокий уровень имели 36, очень высокий – 40%; $\frac{1}{4}$ часть опрошенных показала средний уровень притязаний. Подростки, обладающие адекватной и высокой самооценкой, не показывали расхождения между самооценкой и притязанием, с очень высокой самооценкой имели расхождения со своим уровнем притязаний.

Таким образом, у большинства подростков уровень самооценки и притязаний не имеет расхождений, что характеризует самопринятие, удовлетворенность статусом. У 18% подростков обнаружено расхождение при подъеме уровня притязаний относительно самооценки. В этом случае регистрируется недовольство собой и достигнутым, намерение изменить поведение.

Анализ результатов исследования показывает, что среди психологических факторов, способствующих переходу аддиктивного поведения в болезнь, следует отметить тип акцентуации характера, выработку гедонистических установок, самооценку, отсутствие социальных интересов, стремление к самоутверждению.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

М.А. Кудрявцева, О.Н. Семенова

Республиканский наркологический диспансер, Новочебоксарск

Целью данной работы являлось определение эмоционального выгорания в коллективе наркологического диспансера г. Новочебоксарска.

В исследовании приняли участие 30 медработников со стажем в наркологии от 2 до 35 лет. Объектами исследования были врачи психиатры-наркологи (9 чел), палатные медсестры (14), палатные санитарки (7).

Исследование проводилось по методике В.В. Бойко «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания».

В результате исследования были получены следующие данные: сформированный синдром эмоционального выгорания (СЭВ) имеется у 6 врачей психиатров-наркологов и 6 медсестер. Фаза «Напряжение» сформировалась у 2 врачей. Доминирующим симптомом в данной фазе являлся симптом «Переживание психотравмирующих обстоятельств» у 4 врачей и 3 медсестер.

Фаза «Резистенция» (сопротивление нарастающему стрессу начинается с момента появления тревожного напряжения) сформировалась у 6 врачей психиатров-наркологов и 6 медсестер. Здесь доминирующими симптомами стали «Расширение сферы экономии эмоций» – у 5 врачей и 7 медсестер; симптом «Редукция профессиональных обязанностей» – у 4 врачей и 2 медсестер; симптом «Неадекватное эмоциональное реагирование» – у 3 врачей и 2 медсестер.

У 8 медсестер данная фаза и фаза «Истощения» в стадии формирования.

У 2 санитарок имелся сформированный СЭВ в фазе «Резистенция», который проявлялся симптомом «Расширение сферы экономии эмоций».

Доминирующим симптомом фазы «Напряжение» у большинства санитарок являлся симптом «Загнанности в клетку» – состояние чувства безысходности.

Таким образом, у 46,6% медработников (14 чел) имелся сформированный СЭВ. 56,6% (17 чел.) находились в стадии формирования СЭВ.

Симптомы эмоционального выгорания у коллектива наркологического диспансера проявляются осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно устранимы (23,3%); пресыщением человеческими контактами (56,6%) и в попытках облегчить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат (20%).

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

А.В. Морозов, Н.И. Никитов

Московский государственный университет технологий и управления

Одним из условий возрастания преступности среди несовершеннолетних является деформация процесса социализации детей и подростков. Как это ни грустно и обидно признавать, но факт остаётся фактом: современное общество практически утратило социальный контроль за полноценным включением детей и подростков в общественные институты. В первую очередь, по нашему мнению, это обусловлено разрушением и деформацией традиционных институтов социализации детей и подростков: семьи, школы, детских и молодёжных организаций и т.д.

Разрушение тех идеалов и той системы ценностей, на которых выросли отцы и деды сегодняшних детей, не только поставили под сомнение, но и привели к отсутствию общепризнанных ориентиров воспитательного процесса, преемственности в их развитии. Правосознание ребёнка формируется в процессе его социализации посредством систематического формирования положительных правовых ориентаций, престижа права в систе-

ме социальных ценностей. Основой правосознания граждан является интернализация личностью тех социальных ценностей, которые охраняются правом данного общества.

Отклоняющееся поведение всегда оценивается с точки зрения культуры, принятой в том или ином обществе. Эта оценка заключается в том, что одни отклонения осуждаются, а другие, напротив, одобряются. В самой острой форме девиантность выступает как преступность, как посягательство на социально-политические и нравственные устои общества, личную безопасность и благополучие его граждан. Разрушительные масштабы девиантности приводят общество к состоянию социальной аномалии, общество теряет свою историческую память, систему ценностей, а это, в свою очередь, грозит обществу перерождением с последующей деградацией и социальным регрессом.

Дестабилизационные процессы в политической и социально-экономической сферах российского общества вызвали формирование крайне негативных тенденций в подростковой и молодежной среде. Дети оказались наиболее беззащитными, поскольку в силу своей незрелости не способны защитить себя сами. Растёт уровень насилия в семьях, резко увеличилось количество как физических, так и психических заболеваний среди несовершеннолетних.

Оказавшиеся на улице дети вынуждены идти на преступления, причём результаты проведённых в нашей стране исследований показывают: 25% респондентов признаёт, что они совершали противоправные действия, но в целом оценивают такое поведение как нормальное для своей возрастной группы.

В данном случае мы сталкиваемся с феноменом «институционализации девиации», то есть своего рода трансформацией её в социально-приемлемый и (что особенно опасно для исследуемой нами возрастной категории) негласно одобряемый тип поведения. Девиантное поведение, понимаемое как нарушение определённых социальных норм, в последние годы приобрело устрашающе массовый характер и поставило эту проблему в центр внимания не только работников правоохранительных органов, но и социальных психологов, педагогов, социологов, социальных работников, юристов, медицинских работников.

Кражи, грабежи, попрошайничество – далеко не полный список детских преступлений. Известно немало случаев, когда группы беспризорных детей совершали разбой, убийство, причём их жертвами становились не сверстники, а взрослые люди. Самые распространённые преступления в отношении и с непосредственным участием несовершеннолетних – производство порнографии, торговля наркотиками, вовлечение в занятие проституцией.

Имеются вполне объективные основания к тому, чтобы считать, что масштабы девиантного поведения в ближайшие годы будут неуклонно возрастать, а, значит, расширять причинную базу преступности.

Значительное ухудшение социальных условий, детерминирующих характер и масштабы девиаций, требует разработки в кратчайшие сроки системы мер, дифференцированных по регионам и группам населения. Особенностью этих мер должно стать не только (а, возможно, и не столько) непосредственное, прямое воздействие на различные категории людей, но и опосредованное, связанное с оздоровлением образа жизни людей, повышением их культуры, социальной активности и образа жизни, изменениями в их ценностных ориентациях и установках, в их нравственной устойчивости.

Современные реалии общественной жизни говорят о том, что негативная направленность социальных отклонений в детско-подростковом возрасте имеет тенденцию к увеличению. Усвоение несовершеннолетними ценностей общества, формирование их устремлений и притязаний осуществляется под воздействием всей системы общественного жизнеустройства и предполагает определённое противостояние личности обществу как силе, им противоборствующей. Именно поэтому мы вправе говорить об обоюдной ответственности личности и общества друг перед другом.

Профилактика девиантного поведения среди несовершеннолетних может быть эффективной, если в центре предпринимаемых мер будет стоять конкретный человек с его индивидуально-психологическими особенностями, устремлениями, сильными и слабыми сторонами.

ФАКТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В РАБОТЕ С НАРКОЗАВИСИМЫМИ ПАЦИЕНТАМИ: ПРОБЛЕМА, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

О.В. Никифорова

Ярославская областная клиническая наркологическая больница

Давно признан тот факт, что работа с определенными группами больных, в число которых входят лица, употребляющие психоактивные вещества (ПАВ), является источником психотравмирующих факторов для медицинского персонала. Актуальность этой проблемы стала для нас особенно очевидной при экспресс-опросе лечебного персонала, работающего с наркозависимыми клиентами. Такой опрос проводился медицинскими психологами Ярославской областной клинической наркологической больницы, что было вызвано необходимостью выработки наиболее эффективных моделей взаимодействия специалистов с пациентами в лечебно-реабилитационных программах для больных с алкогольной и наркотической зависимостью.

В результате опроса у многих специалистов было обнаружено ощущение повышенных эмоциональных нагрузок, чувство бессилия, усталости и опустошенности, снижение способности видеть положительные результаты своего труда. Комплекс подобных переживаний негативно влияет на профессиональную самооценку врачей и медицинских психологов. Такое состояние мы называем «профессиональной фрустрацией», когда важнейшие для специалиста потребности в профессиональной успешности, самоуважении и собственной профессиональной значимости остаются неудовлетворенными.

Проблемы разрушающего здоровье стресса в медицинской практике обычно признаются с некоторой осторожностью, однако их несомненная значимость и влияние на эффективность труда лечебного персонала заставляют нас искать пути профилактики и оставляют поле для творческого обсуждения. Ведь не секрет, что состояние профессионального здоровья специалистов так называемых «помогающих профессий» является важнейшей детерминантой качества медицинской, психотерапевтической, психологической и социальной помощи больным.

Существует несомненная связь между факторами профессиональной фрустрации и особенностями контингента больных, которым адресована помощь. Пациенты наркологического профиля характеризуются, как правило, недостаточно сформированной мотивацией к изменению своего поведения в отношении употребления ПАВ. Обратиться за помощью их часто вынуждают значимые лица из ближайшего окружения, обстоятельства на работе, проблемы с законом, финансовые затруднения. Соответственно, неотъемлемой частью наркологической помощи является мотивационное консультирование, которое сопровождает практически весь лечебно-реабилитационный процесс и имеет свои особенности в зависимости от мотивационной стадии, на которой находится пациент. Работа с сопротивлением и отрицанием, часто присущими такому клиенту, требует от специалиста устойчивого внимания и напряжения, так как «единственным постоянством этой работы является ее постоянная изменчивость» (цит. по G.A.Roberts). Необходимость «догонять убегающего» – один из серьезных факторов профессионального стресса для специалистов.

Кроме того, зависимость от ПАВ характеризуется как хроническое заболевание, которому присущи рецидивы. Однако большинство лиц, страдающих зависимостью, а также их ближайшее окружение склонны рассматривать рецидив в первую очередь как неудавшееся лечение. И несмотря на понимание специалиста, что рецидив не означает, что лечение не дало никаких положительных результатов, та мера ответственности, которую специалист разделяет с пациентом, зачастую не оставляет его равнодушным к случаям возврата пациента к употреблению ПАВ. Поэтому наличие срыва, который весьма вероятен у «нашего» пациента, несмотря на значительные личностные и профессиональные затраты врачей или психологов, это также дополнительный фактор профессионального стресса.

Наряду с этим, надежды отчаявшихся родственников часто перекладываются на профессионала непосильной ношей ответственности, наделяя его порой нереалистичными ожиданиями. К тому же специалист, работающий как с клиентом, так и с его родственниками, часто оказывается в зоне противоречивых ожиданий и требований, когда, с одной стороны, он должен прояв-

лять понимание клиенту и учитывать его интересы, с другой – сотрудничать с родственниками и при этом оставаться беспристрастным для восстановления функциональных взаимоотношений в семье.

Не менее важный фрустрирующий фактор связан с особенностями личности наших пациентов. Мы работаем с людьми, нередко психологически деформированными, причем обращается за помощью пациент, как правило, «в расцвете» так называемого патологического личностного статуса, демонстрируя склонность ко лжи, безответственность, импульсивность, непоследовательность и прочие проявления морально-этического снижения, и от профессионала требуется немало личностных ресурсов, чтобы оставаться на позиции гуманного отношения к больному и строить терапевтический процесс, обращаясь к его здоровой, нормативной части «Я», стараясь актуализировать, развивать и обогащать ее адаптивными формами поведения.

Последствия длительного профессионального стресса могут приводить к истощению ресурсов специалиста и возникновению профессионального выгорания. Известно, что профилактика такого состояния начинается с распознавания профессионалом своего переживания стресса и принятия на себя ответственности за его характер. Лишь тогда специалист начинает обретать контроль над собой. Нельзя не согласиться, что «самым лучшим антидотом при таких отвратительных мыслях и чувствах, как фрустрация, гнев, цинизм, чувство неуверенности в себе..., должно быть развитие интеллектуальной стороны медицинской практики, самообучение таким способом, чтобы все аспекты медицины, включая многие причины фрустрации и разочарования, становились стимулом для творческого, личностного и интеллектуального роста» (цит. по G.A.Roberts).

Отношение к персоналу, как к наиболее ценному ресурсу, должно стать неотъемлемой частью профессиональной философии медицинского учреждения. В нее можно включить прояснение границ ответственности, понимание и постановку реалистических целей, использование гибких подходов к организации рабочего времени, создание системы супер- и интервизий, содействующих профессиональному совершенствованию и осу-

ществляющих психологическую поддержку медицинских работников.

Подобная организация деятельности специалистов была успешно реализована в российско-голландском проекте амбулаторной реабилитации больных наркоманиями, который проводился на базе Ярославской областной клинической наркологической больницы. Параллельно с практической работой проходили постоянные обучающие семинары, супервизии, интервью, профессиональные консультации, а также регулярное неформальное общение членов мультидисциплинарных команд специалистов с голландскими преподавателями. Это стало эффективной профилактикой профессиональных стрессов сотрудников проекта при высокой интенсивности работы, и положительные результаты проекта явились тому подтверждением.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

С.Н. Романов, Е.Л. Николаев

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары*

Алкогольная зависимость (АЗ) является психическим заболеванием, затрагивающим не только личность самого больного, но и всю семейную систему, непосредственным членом которой он является. Члены семьи больного АЗ находятся в ситуации хронического стресса. Они постоянно осознают, что не в состоянии контролировать происходящее с зависимым, что ведет к переживанию ими негативных чувств тревоги, страха, стыда, вины. Постоянный эмоциональный дискомфорт сказывается на формировании черт личности у детей, трансформации личности у супругов. Данное явление описано в литературе как «созависимость». Такая семья функционирует в условиях непрерывной нестабильности, что придает ей дисфункциональный характер. Более того, созависимость становится частым фактором риска рецидива зависимости у больного, благоприятной почвой для развития различных нарушений адаптации у членов семейной системы.

Целью настоящего исследования стало изучение психологических особенностей межличностных отношений в семьях больных АЗ.

В исследовании были использованы следующие методы: клинико-психологический (наблюдение, беседа, сбор анамнеза); экспериментально-психологический (опросник «Запрет на выражение эмоций» В.К. Зарецкого, опросник диагностики агрессивного поведения Басса-Перре, опросник семейных эмоциональных коммуникаций А.Б. Холмогоровой, С.В. Воликовой, опросник социальной поддержки в адаптации А.Б. Холмогоровой, опросник «Анализ семейного воспитания» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса). Для обработки полученных результатов использовались методы описательной статистики.

В состав первой группы испытуемых вошли пациенты стационара, во вторую – участники групп поддержки - родственники больных АЗ. Контрольную группу составили испытуемые, в семьях которых не наблюдалось проблемы химической зависимости на протяжении не менее чем двух поколений. Численность групп составила 30, 26 и 30 человек соответственно.

В ходе исследования было выявлено, что существуют достоверные различия в подходах к воспитанию в родительских семьях зависимых и созависимых. Зависимые росли в атмосфере выраженных нарушений внутрисемейных эмоциональных коммуникаций с высоким уровнем критики ($t=4,506$; $p=0,0001$), с высоким показателем индуцирования тревоги в семье ($t=3,991$; $p=0,0001$), низким запретом на выражение эмоций (особенно негативных) ($t=2,584$; $p=0,012$), стремлением скрывать и не выдавать окружающим свои семейные проблемы ($t=3,237$; $p=0,002$), воспитывались в духе очень высоких стандартов. Вследствие личностных особенностей контроль над проявлением эмоций у созависимых и зависимых в сравнении с нормой менее развит. Созависимые также менее склонны выразить агрессию и проявлять гнев.

Интересную особенность выявлена при изучении характера социальной поддержки. Так, при нормативном уровне эмоциональной и инструментальной поддержки, социальной интеграции зависимые тем не менее не удовлетворены имеющейся у них социальной поддержкой. Созависимые, наоборот, при не-

достаточном уровне эмоциональной и инструментальной поддержки, сниженной социальной интеграции все-таки удовлетворены оказываемой им социальной поддержкой.

У испытуемых обнаружили особенности воспитательных стратегий в отношении собственных детей. Установлено, что созависимые уделяют меньше времени своим детям по сравнению с зависимыми ($t=-2,170$; $p=0,034$), дают им больше свободы и не желают или не могут устанавливать какие-то рамки в их поведении. Зависимые чаще применяют строгие наказания по отношению к ребенку ($t=-2,305$; $p=0,025$), что находит проявление в выводе конфликтов во взаимоотношениях в сфере семейного воспитания. Созависимые также менее уверены в том, что воспитывают своего ребенка адекватно.

Таким образом, в данном исследовании установлено, что основы АЗ и созависимости закладываются в детстве в родительской семье, в которой усваиваются основные методы реагирования, правила, система взаимоотношений строится по образцу родительской и навязывается жизненный сценарий. Эмоциональная сфера нарушена как у зависимых, так и созависимых. Созависимые склонны скрывать свои истинные эмоции, и чем лучше они их скрывают, тем легче они получают помощь и поддержку от близких и знакомых. Зависимые более импульсивны, более открыто выражают эмоции, которые часто носят негативный характер.

Зависимые чувствуют более глубокую поддержку со стороны семьи и близких. Им удается открыто проявлять агрессивное поведение, что согласуется со склонностью созависимых скрывать эмоции и всячески поддерживать родственника больного АЗ. В семьях больных АЗ часто используются негармоничные стили воспитания детей, которые вызывают у детей различного рода нарушения. Причем со стороны и зависимого, и созависимого влияние на ребенка одинаково негативно. Данные дисфункциональные механизмы усваиваются ребенком и часто репродуцируются в собственной семье по отношению к собственным детям.

ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*И.А. Уваров, Н.Л. Тетерин, В.Т. Лекомцев
Ижевская медицинская академия*

Известно, что длительное злоупотребление алкоголем приводит к ряду соматических заболеваний, эмоционально-волевым, интеллектуально-мнестическим нарушениям, а также возникновению алкогольных психозов (делирия, галлюциноза, параноида и др.) (Н.Н. Иванец, 2002, 2008; А.Г. Гофман, 2003; П.И. Сидоров, 2006). Определенным этапом клинических проявлений алкоголизма является заострение черт личности и деградация личности на отдаленных этапах заболевания. Следует отметить, что вопросам деградации личности посвящено не так много работ, недостаточно полно освещены вопросы, касающиеся факторов, являющихся основополагающими в формировании деградации у больных алкоголизмом (А.С. Тиганов, 1999; С.М. Плотников, 2006).

В связи с этим **целью нашей работы** явилось изучение особенностей деградации личности у больных с психотическим и люцидным алкоголизмом.

Материал и методы исследования. Для оценки факторов, влияющих на формирование деградации, был проведен анализ двух групп больных. В начале исследования больные методом простой рандомизации были разделены на две группы: основную и контрольную. В контрольную группу, включавшую в себя больных алкоголизмом, никогда не переносивших алкогольный психоз, было отобрано 28 пациентов. В основную группу, состоявшую из больных, перенесших алкогольные психозы (делирии), вошло 27. Все пациенты были мужского пола. В исследование включались больные алкогольной зависимостью II-III и III стадиями заболевания. Общее количество больных составило 55 человек. Больные проходили стационарное лечение в республиканской клинической психиатрической больнице и республиканском наркологическом диспансере г. Ижевска. По возрастным, клинико-динамическим и социально-демографическим показателям группы статистически не различались.

При квалификации преморбидных личностных особенностей использовались классификации П.Б. Ганнушкина (1933) и М.Е. Бурно (2007).

Результаты исследования. Средний возраст основной группы составил $40,0 \pm 2,3$, контрольной – $46,0 \pm 2,0$ года.

Первая алкогольная проба у лиц с психотическим алкоголизмом состоялась достоверно раньше ($15,2 \pm 0,6$ года), чем у лиц с непсихотическим алкоголизмом – $16,7 \pm 0,4$ года ($p < 0,05$).

Наряду с этим, длительность хронического алкоголизма у лиц основной группы превосходила контрольную и составила $14,0 \pm 1,4$ года в сравнении с $12,8 \pm 1,2$ в группе больных люцидным алкоголизмом ($p < 0,05$).

Рассматривая толерантность к спиртному, можно отметить ее достоверное снижение у лиц с психотическим алкоголизмом ($0,6 \pm 0,09$ л водки) против толерантности у лиц контрольной группы – ($0,9 \pm 0,03$ л) ($p < 0,05$).

Анализ структуры личности больных выявил, что в контрольной группе лица с заострением личностных особенностей (21 больной) преобладали над больными с деградацией (7). В основной группе отмечалось увеличение лиц с деградацией (14 человек) и, следовательно, превышение их количества над количеством лиц с заострением личностных особенностей (13).

Распределение типов заострения личностных особенностей показало, что в контрольной группе отмечалось преобладание лиц с неустойчивым типом (9 больных), на втором месте – астенический тип (3) и на последнем – эксплозивный и шизоидный типы (по 2 пациента соответственно). В основной группе наблюдалось в 2 раза больше лиц с астеническим типом (6 больных) и в 3 раза меньше лиц с неустойчивым типом заострения личности (3).

Анализ структуры деградации личности у пациентов в контрольной и основной группах выявил следующие различия: в контрольной группе психопатоподобный вариант деградации был у 4, деградация с аспонтанностью – у 3 больных. В основной группе психопатоподобный тип наблюдался у 5, деградация с аспонтанностью – у 5, деградация с хронической эйфорией – у 4 больных.

Таким образом, наше исследование показало, что деградация личности преобладает у больных алкоголизмом, перенесших алкогольные психозы, причем наиболее часто встречаются такие ее варианты, как психопатоподобный и деградация с аспонтанностью. Более быстрому развитию алкогольной деградации личности способствуют ранее начало систематического употребления алкоголя, длительность хронического алкоголизма и низкая толерантность к спиртному. Последний фактор может свидетельствовать о ключевой роли патологии печени как в возникновении алкогольных психозов, так и в формировании алкогольной деградации личности.

О СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С СИМПТОМАМИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

В.А. Урываев

Ярославский госуниверситет им. П.Г. Демидова

В рамках диспансеризации детей, наряду с исследованием и оценкой физического здоровья, оценивалось их нервно-психическое здоровье. К оценке состояния психического здоровья детей широко привлекались педагоги и психологи системы образования.

Нами было проанализировано 853 бланка обследования детей и подростков одного из крупных городов Ярославской области, из них были исключены 407 бланков дошкольников. Было отобрано 172 бланка с указанием на различное количество зависимостей (от одной до семи) и 172 бланка детей и подростков, соответствующих по возрасту и полу, без указания на зависимость. Всего было проанализировано 80 бланков девочек и 264 бланка мальчика.

Основной упор в анализе был сделан на изучение результатов использования «Карты наблюдения Д. Стотта» (КН). Она заполнялась либо учителем, либо лицом, хорошо знающим ребенка. КН включает 198 фрагментов фиксированных форм поведения, о наличии или отсутствии которых у ребенка должен судить наблюдатель, заполняющий карту. При составлении КН были соблюдены следующие требования: выделение однозначных, относительно

элементарных фрагментов поведения ребенка; группировка этих фрагментов в определенные синдромы, т.е. их классификация; определение взаимоотношений между этими фрагментами.

В дополнение к стандартному списку симптомов использовалась (для детей старше 11 лет) дополнительная шкала – «XVII. Различные симптомы зависимого поведения». Педагогов просили отметить наличие у ребенка следующих особенностей поведения:

1. Курит, замечен в этом неоднократно.
2. Замечен в употреблении токсических веществ (клея, бензина, растворителей...).
3. Замечен в употреблении пива, вина, крепких спиртных напитков.
4. Замечен в пристрастии к азартным играм, включая игры на деньги.
5. Замечен в употреблении наркотических веществ.
6. Замечен в чрезмерном увлечении игровыми автоматами.
7. Замечен в чрезмерном увлечении компьютером, может сидеть за ним сутками.

В исследовании мы сопоставили группы испытуемых с признаками зависимости и группы без наблюдаемых симптомов зависимого поведения по всему спектру оценок (таблица).

Все симптомокомплексы дезадаптивного поведения (согласно структуре КН) могут быть разделены на три большие группы: А – особенности конституции нервной системы – 1, 2, 3, 9, 10, 11; Б – социально-психологическая адаптированность – 4, 5, 6, 7, 8; В – собственно личностное развитие учащегося – 12, 13, 14, 15, 16.

Из таблицы (в ней помещены только статистически значимые различия) видно, что основной проблемой для зависимых подростков являются именно социально-психологические особенности адаптации, именно в этом регистре получены наибольшие различия (как по значимости, так и по представленности).

На основании полученных данных можно сформулировать следующие выводы для дальнейшего углубленного исследования.

Проблемы адаптации детей с признаками зависимого поведения с возрастом концентрируются в сфере социальной адап-

тации (характеристики, связанные с особенностями нервной конституции, остаются относительно стабильными, тогда как характеристики социальной дезадаптированности увеличиваются в несколько раз).

Статистически значимые различия между двумя группами испытуемых (с наличием зависимостей и без)

	Депрессия	Уход в себя	Враждебность по отношению к взрослым	Тревога по отношению к детям	Асоциальность	Враждебность по отношению к детям	Повышенная возбудимость	Эмоциональное напряжение	Неблагоприятные условия среды	Сексуальное развитие	Физические дефекты
Значения различий $p(0,01) > 2,58$; $p(0,001) > 3,29$	2,99	2,76	5,55	3,06	3,99	3,99	4,05	3,11	2,76	2,72	4,49

Критерием стремительного нарастания проблем адаптации может служить скачок от 1-2 симптомов зависимости до 3-4. Это требует повышенного внимания к проблеме зависимостей со стороны всех взрослых, вовлеченных в процесс воспитания ребенка.

В исследовании зафиксированы значимые отличия в возможностях адаптации подростков мужского пола. У мальчиков проблемы депрессии и профилактики повышенного двигательного возбуждения остаются актуальными на протяжении всего изученного периода адаптации. Это означает, что проблемы успеваемости могут иметь вторичный характер по отношению к поведенческим проблемам и при организации помощи подросткам школьным психологам необходимо уделять гораздо больше внимания тренингам эмоционально-волевой сферы.

ПРОФИЛАКТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

*И.Е. Булыгина, А.В. Голенков, А.П. Андреева
Чувашский госуниверситет им. И.Н. Ульянова,
Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары*

Проблема потребления психоактивных веществ (ПАВ) среди медицинских работников в настоящее время приобретает особую значимость. Деятельность по оказанию медицинской помощи в современных условиях характеризуется высоким уровнем стрессовых нагрузок, что может быстро привести к синдрому эмоционального выгорания (СЭВ), симптомы которого редуцируются наиболее доступным и распространенным способом – приемом алкоголя. Доля лиц, злоупотребляющих ПАВ, среди медицинских работников составляет от 8 до 12%, в то время как уровень распространенности наркологической патологии среди общей популяции населения не превышает 1,5-3%. (Р.Н. Hugnes, 1991). Исследования, проведенные в различных регионах мира, свидетельствуют, что медицинские сестры имеют самый высокий уровень стресса (А.Р. Wolfgang, 1988). Стрессовые нагрузки связаны как с перегруженностью работой, так и попытками удовлетворить многочисленные потребности пациентов. Выбор ПАВ и способ его введения очень часто обусловлен характером медицинской деятельности и доступностью определенных препаратов и веществ. Алкоголем, как правило, злоупотребляют медицинские сестры, а также стоматологи и врачи неотложной помощи. Причем медицинские сестры в основном злоупотребляют только одним ПАВ, а врачи – несколькими их видами (Д. Брук, Т. Льетто, 2000).

Сложность проблем потребления ПАВ медицинскими работниками усугубляется трудностями реализации терапевтических методик. Медики реже обращаются к специалистам за квалифицированной помощью на ранних стадиях формирования зависимости, что связано в первую очередь с ярко выраженными механизмами психологической защиты по типу вытеснения и рационализации.

Изучены медико-психологические характеристики медицинских работников среднего звена, обратившихся на лечение по поводу алкогольной зависимости в Республиканский наркологический диспансер г. Чебоксары. Обследовано 30 чел. (женщин – 20, мужчин – 10). Возраст пациентов варьировал от 20 до 65 лет (средний возраст мужчин составил 37,7 года, женщин – 45,6). Среди пациентов были в основном жители г. Чебоксары (80%).

К моменту обращения к психиатру-наркологу у всех обратившихся при первичном осмотре была диагностирована вторая стадия алкогольной зависимости. Распределение по медицинским специальностям было представлено следующим образом: среди мужчин, имеющих проблемы с алкоголем, преобладали фельдшера, работающие в условиях оказания ургентной медицинской помощи (скорая помощь, реанимационные стационары). Преобладающая доля женщин (60%), имеющая проблемы с алкоголем, была задействована в сфере оказания медицинской помощи педиатрического стационара, 20% работали в условиях хирургического стационара, 10% – в судебно-медицинском бюро и 10% – в поликлиниках. Длительность заболевания в группе женщин составляла 7-14 лет, у мужчин 3-7. В структуре алкогольно-абстинентного синдрома у женщин преобладали аффективные расстройства, причем у 4 чел. (13%) госпитализации в наркологический стационар предшествовал незавершенный суицид, совершенный в состоянии опьянения. У мужчин преобладающей симптоматикой были соматоневрологические расстройства и расстройства сна.

Клиническое обследование позволило выделить следующие мотивы потребления алкоголя медицинскими работниками. 30% женщин и 40% мужчин принимали алкоголь с целью снятия эмоционального напряжения и для купирования (чаще всего неосознанного) СЭВ. 40% женщин старше 50 лет принимали алкоголь с целью самолечения, причем прием алкоголя они сочетали с приемом транквилизаторов. Именно в этой категории пациентов регистрировались суицидальные попытки. У мужчин (20%) данный мотив потребления алкоголя встречался у лиц молодого возраста, имеющих кроме потребления ПАВ, психопатологическую отягощенность. У лиц молодого возраста (30% женщин и 20% мужчин) мотивация потребления алкоголя была

связанна в основном с развлечениями и своеобразным образом жизни «бери от жизни все». В этой группе потребление алкоголя часто сопровождалось экспериментированием с наркотиками, быстро нарушался социально-профессиональный статус, отмечалась многократная госпитализация в наркологический стационар, сложность установления терапевтического контакта. У 10% мужчин прием алкоголя был средством, снимающим усталость при значительных перегрузках на работе. Необходимо отметить, что эта категория была наиболее доступна терапевтическому контакту и активно участвовала в лечебно-реабилитационном процессе.

Таким образом, изучение особенностей потребления ПАВ среди медицинских работников свидетельствует о необходимости правильной организации труда, снижении уровня стресса на рабочих местах в условиях лечебно-профилактических учреждений, что и является одним из важнейших факторов профилактики наркологических заболеваний.

СОДЕРЖАНИЕ

СТАТЬИ

Булыгина И.Е. (Чебоксары) Наркологическая служба: вчера, сегодня, завтра	3
Еловиков С.Н. (Пермь) Случаи злоупотребления мефедроном и метилendioксипировалероном.....	14
Митрофанова О.Е., Тамазян Г.В. (Московская область) Тестирование учащихся учреждений профессионального образования Московской области с целью раннего выявления потребителей наркотических средств	19
Михайлов И.В. (Чебоксары) Опыт работы дневного стационара реабилитационного отделения наркологического диспансера.....	26
Морозов А.В. (Москва) Проблема зависимости личности как дефект ее правосознания.....	32
Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., Тетенова Е.Ю., Федоров М.В., Ленков П.Г. (Москва) Опыт создания интерактивной системы экспресс-диагностики степени наркотической зависимости.....	38
Салмина-Хвостова О.И.(Новокузнецк) Психотерапевтическая работа в малых группах при опийной наркомании.....	44
Сафронов С.А., Доморощинова М.Г. (Алатырь) влияние средств массовой информации на мнение общества в отношении больных с психическими расстройствами, врачей психиатров и больниц психиатрического профиля	50
Булыгина И.Е., Федорова С.Д. (Чебоксары) Динамика ситуации, связанной с потреблением психоактивных веществ в 1985-2010 гг. в Чувашии	56
Салмина-Хвостова О.И., Голощاپов А.А. (Новокузнецк) Психотерапевтическая составляющая врачебной беседы при табакокурении.....	64

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

Александров Д.Ю., Федорова С.Д., Булыгина И.Е. (Чебоксары) Заболеваемость алкогольными психозами в Чувашской Республике.....	70
---	----

Гордеев В.В. (Чебоксары) Портрет пациентов, обратившихся на лечение алкогольной зависимости в медицинский центр «Ваш доктор».....	73
Егорова Л.М. (Шумерля) Наркологическая служба г. Шумерля	75
Кирилловых В.Г. (Киров) Оказание специализированной наркологической помощи населению Кировской области.....	79
Куприянова И.А., Андреева А.П. (Чебоксары) О работе антинаркотической комиссии г. Чебоксары	82
Полтева Т.В. (Чебоксары) Организация наркологической экспертизы в Республиканском наркологическом диспансере	86
Селиванова С.В. (Чебоксары) Лабораторная диагностика в наркологии	89
Трофимова И.Н., Чепурной М.А. (Чебоксары) Смертельные исходы при алкогольной зависимости	91
Шишкина Н.С. (Чебоксары) О работе школы пациента	93
Юсова З.Ф. (Цивильская ЦРБ) Выявление больных с психическими и наркологическими расстройствами в условиях следственного изолятора.....	96

КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Андреева А.П. (Чебоксары) Об организации системы медицинской и социальной реабилитации лиц, прошедших лечение от наркотической зависимости.....	98
Борохов А.Д., Борохов Д.З. (Израиль) Аутоагрессивное поведение наркологических больных	100
Булыгина И.Е., Прохоровская А.Г., Константинова Ю.В., Чадков А.А. (Чебоксары) Потребление алкоголя как ведущий фактор провокации суицидального поведения	102
Калинина А.Г., Бесчастная Н.В. (Москва) Метод доклинической диагностики патологических состояний и употребления/злоупотребления психоактивными веществами	105
Морозов А.В., Морозов В.А. (Москва) Проблема зависимости современной молодежи от компьютерных технологий сети Интернет.....	108

Наумова М.Д. (Чебоксары) Роль сестринского персонала в профилактике и лечении алкоголизма.....	111
Петров Д.В., Шутов А.С. (Ярославль) Употребление алкоголя и табака среди студентов медицинского вуза.....	113
Платонова Н.В. (Чебоксары) Характеристика женщин, страдающих алкогольной зависимостью	116
Шереметьева И.И., Ведяшкин В.Н. (Барнаул) Структура и особенности алкоголизации подростков.....	118

СМЕШАННАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ И НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Голенков А.В. (Чебоксары) Распространенность табакокурения среди стационарных больных шизофренией	120
Иванова Л.М. (Моргаушская ЦРБ) Сочетание психических расстройств с алкогольной зависимостью	122
Кузнецова И.В., Капитонов В.В. (Новочебоксарск) Пограничные психические расстройства у лиц, состоящих в браке с больными алкоголизмом	124
Петрова Е.В., Прокопьева Л.С., Рафинов В.В. (Чебоксарская ЦРБ) Общественно опасные действия больных наркологического и психиатрического профиля	126
Семенихин Д.Г. (Казань), Башмакова О.В. (Ульяновск) Внутренняя картина алкоголизации у больных параноидной шизофренией.....	129
Филиппова В.Е., Никитин Л.Н., Волошина Е.В. (Чебоксары) Антитабачная программа «Дыши свободно» как фрагмент реабилитации пациентов психиатрической больницы	131
Яковлева С.И., Сергеев Д.Г., Ефимова Н.А. (Чебоксары) Прогнозирование и профилактика алкогольной зависимости у больных шизофренией	133
Голенков А.В., Булыгина И.Е., Мутикова И.Э. (Чебоксары) ВИЧ-инфекция среди наркологических больных г. Чебоксары	135

ПСИХОЛОГИЯ В НАРКОЛОГИИ

Борохов А.Д., Борохов Д.З. (Израиль) Психологические особенности больных с коморбидной психической патологией	137
--	-----

Дорофеева Л.Г., Григорьева Л.А. (Чебоксары) Личностные особенности детей группы риска по формированию зависимого поведения	140
Кудрявцева М.А., Семенова О.Н. (Новочебоксарск) Особенности эмоционального выгорания у сотрудников наркологического диспансера.....	142
Морозов А.В., Никитов Н.И. (Москва) Девиантное поведение несовершеннолетних в современном Российском обществе	143
Никифорова О.В. (Ярославль) Факторы профессионального стресса в работе с наркозависимыми пациентами: проблема, пути профилактики	146
Романов С.Н., Николаев Е.Л. (Чебоксары) Дисфункциональный характер семейных отношений при алкогольной зависимости	149
Уваров И.А., Тетерин Н.Л., Лекомцев В.Т. (Ижевск) Дегра- дация личности у больных алкогольной зависимостью	152
Урываев В.А. (Ярославль) О социально-психологической адаптации подростков с симптомами зависимого поведения....	154
Булыгина И.Е., Голенков А.В., Андреева А.П. (Чебоксары) Профилактика потребления психоактивных веществ у медицин- ских работников.....	157

Научное издание

**ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЕ ЧУВАШИИ**

Материалы научно-практической конференции

Подписано в печать 15.10.10. Формат 60 × 84/16.
Гарнитура Times New Roman. Бумага писчая. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 9.20. Уч.-изд.л. 8.81. Тираж 300 экз. Заказ №231.

Отпечатано в типографии «Орион»
Чебоксары, ул. Гладкова, 7
Тел. 57-11-38