

Омский психиатрический журнал

1 (3) 2015



Omsk Journal of Psychiatry

16 +

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

научно-практическое сетевое издание

**1 (3)
2015**

*Омская областная общественная организация
«Омское общество психиатров»*

*Omsk regional public organization
"Omsk Society of Psychiatrists"*

Сетевое издание
зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № **ФС77-58937** от
5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
<http://omskoop.ru>
Адрес редакции:

Адрес редакции.
644070. Омская область, г.
Омск. ул. Куйбышева, 30.
Тел. (+7812)56-67-82

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и иллюстрации
из открытых Интернет-
источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины Jacek Yerka
«Being of Time», 1996.

Главный редактор

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.

Редакционная коллегия:

Александрова Н.В., к.м.н.

Белебева Е.А.

Богачев М.А.

Воронкова Т.А.

Малютин Т.В.

Стаценко О.А., к.м.н.

Редакционный совет:

Антилогова Л.Н., д.пс.н. (Омск)

Дроздовский Ю.В., д.м.н. (Омск)

Лопанова Е.В., д.п.н. (Омск)

Иванова Т.И., д.м.н. (Омск)

Крашалева О.Е., к.м.н. (Омск)

Одарченко С.С., д.м.н. (Омск)

Чеперин А.И., к.м.н. (Омск)

Федотов И.А., к.м.н. (Рязань)

Содержание

Колонка редактора	3
Региональные аспекты психиатрии	
Аддиктивные проблемы в обращениях в суицидологическую службу Омской области <i>Белебева Е.А., Мурина И.Н., Мурина К.А., Силявский С.А.</i>	6
Острая алкогольная интоксикация в структуре вызовов скорой психиатрической помощи в Омской области <i>Коломбет О.О., Пильщик А.Б.</i>	8
Клиника психических расстройств	
Клиническое наблюдение травматической эпилепсии <i>Соловьева О.П., Негрий Т.Н., Шишина Л.И.</i>	11
Влияние стрессовых воздействий на формирование и динамику симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством <i>Шукиль Л.В., Стаценко О.А., Кузнецова И.Г.</i>	17
Возрастные аспекты психиатрии	
Предикаты девиантных форм поведения у детей с психическими расстройствами <i>Гранкина И.В.</i>	22
Коррекция нарушений поведения и эмоций у детей с пограничными психическими расстройствами и школьной дезадаптацией в условиях психиатрического дневного стационара для детей и подростков <i>Плетнёва Т.Г., Баженова М.В.</i>	29
Лечение психических расстройств	
Особенности психосоциальной терапии в психиатрическом отделении принудительного лечения специализированного типа <i>Петрова А.И., Кисляк З.В., Прокаева О.И., Могиль О.В., Степанкина Т. П.</i>	35
Особенности неотложной психиатрической помощи на догоспитальном этапе <i>Пильщик А.Б., Коломбет О.О.</i>	38
Клиническая психология	
Динамика учебной эффективности студентов с психическими расстройствами <i>Четверикова М.В.</i>	41
Развитие психолого-педагогической компетенции преподавателя медицинского вуза в контексте современной образовательной парадигмы <i>Гетман Н.А.</i>	45
История психиатрии	
Открытие первой в мире психиатрической больницы. Часть 1 <i>Juan José López Ibor</i>	51

Contents

Editor's column	3
Addictive problems in circulation in suicidological service in Omsk region <i>Belebeha EA, Murin I.N, Murin KA, Silyavsky SA</i>	6
Acute alcohol intoxication in the structure of calls emergency psychiatric care in Omsk region <i>Kolombet OO, Pilschik A.B.</i>	8
Clinical case of traumatic epilepsy <i>Solovyova OP Negri TN, Shishina LI</i>	11
Influence of stressful impacts on formation and dynamics of simptomocomplex agoraphobia with panic disorder <i>Shukil L.V., Statsenko O.A., Kuznetsova I.G.</i>	17
Predicates deviant behavior in children with mental disabilities <i>Grankina IV</i>	22
Correction emotions and behavior disorder in children with borderline mental disorders and school exclusion in a psychiatric day clinic for children and adolescents <i>Pletneva TG, Bazhenova MV</i>	29
Features of psychosocial therapy in the psychiatric help of compulsory treatment specialized type <i>Petrova AI, Kislyak ZV, Prokaeva OI, Dirge OV, Stepankina TP</i>	35
Features of psychiatric emergency <i>Pilschik A.B. , Kolombet OO</i>	38
Dynamics of the educational effectively the students with mental disorders <i>Chetverikova M.V.</i>	41
The development of psycho-pedagogical competence of the teacher of the medical school in the context of modern educational paradigm <i>Getman N.A.</i>	45
The founding of the first psychiatric hospital in the world in Valencia. Part 1. <i>J. J. López-Ibor</i>	51

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

В текущем выпуске «Омского психиатрического журнала» представлены основные направления деятельности омских психиатров по сохранению и восстановлению психического здоровья населения региона.

В работе омских суицидологов проведен скрупулёзный анализ важнейшего раздела «Телефона доверия» – работы с аддиктивными проблемами. Впервые в нашем журнале своими научно-практическими наработками поделились сотрудники скорой психиатрической помощи. Опубликованные работы посвящены как общему анализу оказанию психиатрической помощи на догоспитальном этапе, так и частной актуальной проблеме данной помощи – состояниям алкогольного опьянения при неотложных психиатрических вызовах.

Клинический раздел журнала открывает клиническое наблюдение травматической эпилепсии, которая является несчастным, но тяжелым осложнением повторных черепно-мозговых травм. На реальном клиническом материале показана динамика судорожного синдрома от однократным приступов до полиморфных частых пароксизмов, а также прослежены изменения личности пациента со вторичной эпилепсией травматического генеза. Данное наблюдение представлено нашими коллегами из Областной клинической больницы. Также в клиническом разделе размещена статья, посвященная актуальнейшей проблеме современной пограничной психиатрии – паническим состояниям. Авторы рассматривают эту проблему в контексте психогенных воздействий и показывают клинико-динамическую гетерогенность.

Возрастные аспекты психиатрии представлены двумя работами детский психиатров. Первая посвящена результатам исследования патогенетических факторов формирования девиантных форм поведения у детей с психическими расстройствами, включающие анализ влияния конституционально-биологических, ранних органических нарушений и социализации ребенка. Вторая работа отражает «пограничный» тренд развития детской психиатрии, она посвящена детям, обнаруживших признаки школьной дезадаптации, проходивших лечение в психиатрическом дневном стационаре для детей и подростков. В работе показаны особенности нарушения поведения в разных клинических группах и возможности их коррекции, преимущественно психотерапевтической.

В журнале представлены вопросы лечения психически больных. В настоящее время технологии психосоциальной реабилитации нашли все место в комплексном подходе практически всех контингентов психически больных, в том числе и у лиц, находящихся на принудительном лечении. В опубликованной работе показаны особенности данного раздела психосоциальной реабилитации.

Психосоциальная адаптация студентов, страдающих психическими расстройствами, является компонентом общей проблемы социализации психически больных, что особо актуально в молодом возрасте, когда формируются когнитивные навыки и компетенции, необходимые для будущего специалиста. Этим вопросам посвящена статья из клинико-психологического раздела журнала. В другой работе мы находим структурированный анализ условий реализации компетентностного подхода в медицинском вузе. Предлагаются пути реализации данного подхода в практике, соотносимые с общими задачами модернизации российского образования. Рассмотрены изменения требований к преподавателю вуза, которые связаны со многими факторами, такими как

продвижение информационных и инновационных технологий в образовательный процесс системы высшего профессионального образования, что потребовало от профессорско-преподавательского состава не только творческой научно-методической деятельности, но и принципиально другого уровня психолого-педагогической компетентности для создания продуктов нового поколения.

Завершает текущий выпуск журнала, на наш взгляд, интереснейшая работа известного испанского психиатра Х.Х. Лопец-Ибора, посвященная открытию первой в мире психиатрической клиники в Валенсии в 1409 году. Отметим, что русский перевод этой работы осуществлен впервые. Историками психиатрии высказываются утверждения, что первая психиатрическая больница возникла вблизи северогерманского города Эльбинг (1326) либо в испанском городе Валенсия (1410). В 2005 году на конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации прозвучало мнение, согласно которому первые учреждения такого рода появились в VIII веке на Ближнем Востоке (Багдад, 705). Известно также, что специальные больницы, в которых лечили умалишённых, существовали в Константинополе — одна из таких больниц помещалась при церкви св. Анастасии, считавшейся целительницей душевнобольных. Знаменитый лондонский Бетлем (Бедлам) стал частью Лондона с 1247 года, а с 1330 года тут расположилась больница, которая стала больницей для душевнобольных в 1377 году, хотя до 1403 года в ней было только 9 пациентов. Лондонский Вифлеемский госпиталь для душевнобольных (англ. Bethlehem hospital for insane) построен напротив знаменитого Тауэра. Сюда с 1547 года свозили умалишённых и «блаженных». В 1815 году на этом месте построили гигантский, образцовый по тем временам госпиталь — душевнобольных здесь не держали в цепях и не морили голодом. В пьесе В. Шекспира «Король Лир» Эдгар, сын герцога Глостерского, играет роль Бедламского нищего (Bedlam Beggar), чтобы остаться в Англии незамеченным после изгнания. И даже если больница в Валенсии в историческом отношении не была первой, опыт создания приюта для самых обездоленных в абсолютистской испанской монархии, где в те годы свирепствовала инквизиция, безусловно, является одним из весьма немногих островком гуманизма и сострадания, предшествовавших эпохе Ренессанса.

***Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.***

Региональные аспекты психиатрии

УДК 616.89

АДДИКТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОБРАЩЕНИЯХ В СУИЦИДОЛОГИЧЕСКУЮ СЛУЖБУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Белебеха Е.А., Мурина И.Н., Мурина К.А., Силявский С.А.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. На протяжении 5 лет телефонные обращения в суицидологическую службу, связанные с аддиктивными проблемами обращения демонстрируют тенденцию к росту, составляют от 1158 до 1347 обращений (13 – 16 % от общего числа проблемных). Чаще встречаются личные обращения по поводу алкогольной зависимости, на втором месте – аддиктивные проблемы у близких. Любой обратившийся за экстренной помощью на «Телефон доверия» и нуждающийся в дальнейшем наблюдении приглашается на консультацию к психиатру. При тяжелом психическом состоянии возможно направление в психиатрический стационар, решение социальных проблем.

Ключевые слова. Аддиктивные проблемы, суицидологическая служба.

В Омской области в 1991 году создана суицидологическая служба с Телефоном Доверия, как структурное подразделение Омской областной клинической психиатрической больницы, для работы с лицами, находящимися в кризисных и суицидоопасных состояниях.

В осуществлении экстренной медико - психологической помощи ведущее значение принадлежит «Телефону доверия» («ТД»).

С целью повышения доступности специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, возможности оказания помощи по телефону расширены - с 2010 года стал многоканальным «Телефон доверия», выделены бесплатные трафики основными сотовыми операторами Омской области (МТС, Билайн, TELE 2, Мегафон), открыт дневной психологический «Телефон доверия».

По своей доступности помощь по «ТД» превосходит другие виды психотерапии: помощь можно получить анонимно, круглосуточно, бесплатно, конфиденциально. Во многих случаях психотерапевтическая помощь по телефону представляет собой единственный необходимый вид интервенции пациентам, переживающих кризисные и суицидоопасные состояния. Оказание помощи осуществляется полипрофессионально с участием психиатра, психотерапевта, психиатра-нарколога и клинического психолога.

Количество обращений на «ТД» постепенно растет, что объясняется вышеперечисленными преимуществами телефонной помощи, а также постоянной популяризацией «ТД» в средствах массовой информации.

Нами проведен анализ обращений на Телефон Доверия за 2009-2013 гг. Количество обращений на «ТД» суицидологической службы Омской области колеблется от 8318 в 2009 г. до 13732 в 2013 году. В сутки на «ТД» поступает от 25 до 45 обращений.

По тематике обращений звонки подразделяются на проблемные, информационные, «немые» звонки. Отмечается тенденция к увеличению числа проблемных звонков, но в целом процентное соотношение категорий сохраняется - первое место по количеству обращений занимают профильные звонки, требующие непосредственно психологической помощи (69-89 % от общего числа обращений), далее идут непрофильные обращения, и наименьшее количество звонков – это «немые» обращения.

Анализ проблематики телефонных обращений показал, что в 2009-2013 гг. наиболее актуальной проблемой, с которой обращаются на «Телефон доверия», остаются проблемы здоровья (такие звонки составляют 37-38% от всех профильных обращений). Одной из причин, объясняющих приоритетность обращений по вопросам здоровья, является присутствие на телефоне абонентов, запрашивающих медико-психологическую помощь.

Среди проблемных обращений мы выделяем специальный раздел – обращения в связи с зависимостями (на втором месте по количеству обращений). На протяжении 5 лет (2009-2013 гг.) эти обращения демонстрируют тенденцию к росту, составляют от 1158 до 1347 обращений (13 – 16 % от общего числа проблемных).

Среди обратившихся различают личные обращения, связанные непосредственно с употреблением ПАВ (от 47 до 60%). Чаще встречаются личные обращения по поводу алкогольной зависимости. Так в период с 2009 по 2013 гг. они составляли от 40 до 50,5 % от обращений по поводу зависимостей. Уровень обращений по поводу других видов зависимости ниже. Так по поводу наркотической зависимости - от 5,2 до 9 %, по поводу компьютерной и интернет зависимости – от 0,6 до 4%, по поводу никотиновой зависимости до 1% от всех обращений по поводу зависимостей.

Зависимость от ПАВ - семейное заболевание. Любая зависимость – будь то алкоголизм, наркомания или игромания, разрушают не только личность самого человека. На фоне ежедневного стресса от пребывания рядом с зависимой личностью, у его близких развивается такое состояние как созависимость. Созависимость является распространенным состоянием и ведет к проблемам на всех уровнях: физическом, эмоциональном, поведенческом, социальном и духовном.

Поэтому большой процент обращений по проблемам зависимостей – это ближайшие родственники, друзья, чьи обращения составляют от 40 до 53% от обращений по поводу зависимостей. Чаще встречаются обращения по поводу алкогольной зависимости родственников, детей, друзей, сослуживцев и др. Много обращений по поводу конфликтов между родителями и детьми, употребляющими ПАВ.

Созависимость с течением времени усугубляется. Длительный стресс негативно сказывается на душевном равновесии, появляется переживания беспомощности, отчаяния и на фоне постоянной тревоги, страхов, связанных с ожиданием неприятных «сюрпризов», возникают психосоматические расстройства, нарушения сна, навязчивые состояния. Возрастает суицидальная готовность.

Мы отмечаем, что увеличиваются обращения лиц в кризисных состояниях и с суицидальными тенденциями при наличии в семье химически зависимого человека.

Любой обратившийся за экстренной помощью на «Телефон доверия» и нуждающийся в дальнейшем наблюдении и, возможно, лечении, приглашается на консультацию к психиатру, психотерапевту, наркологу, ему проводится психодиагностическое исследование, при тяжелом психическом состоянии возможно направление в психиатрический либо наркологический стационар, решение социальных проблем.

ADDICTIVE PROBLEMS IN CIRCULATION IN SUICIDOLOGICAL SERVICE IN OMSK REGION

Belebeha EA, Murin I.N, Murin KA, Silyavsky SA

Abstract. Over 5 years of telephone calls in Suicidological service associated with addictive problems treatment showing an upward trend, ranging from 1,158 to 1,347 hits (13 - 16% of the total number of problem). More frequent personal appeals regarding alcohol addiction, in second place - addictive problems in families. Any person requesting emergency help for "Hotline" and needs further observation is invited to consult a psychiatrist. In severe mental condition possible referral to a psychiatric hospital, the solution of social problems.

Keywords. Addictive problems. Suicidological service.

ОСТРАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ В СТРУКТУРЕ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Коломбет О.О., Пильщик А.Б.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»

Аннотация. Аннотация. За 2014 год отделением скорой психиатрической помощи было обслужено 11088 вызовов к наркологическим больным, что составляет 32.2% от общего количества вызовов. Из них 857 (78,8%) связано с употреблением алкоголя и его суррогатов. Причем часть больных на момент осмотра находилась в состоянии алкогольного опьянения различной степени тяжести 298 (34,8%), у другой же части 559 (65,2%) развились психотические расстройства в виде галлюцинаторных и галлюцинаторно-бредовых нарушений 488 (56.9%) вплоть до алкогольного делирия 71 (8,3%). Интенсивность терапии определяется тяжестью алкогольной интоксикации и общим состоянием опьяневшего.

Ключевые слова. Алкогольное опьянение. Неотложная психиатрическая помощь.

Практика работы врачом скорой психиатрической помощи показывает, что довольно высокий процент в структуре вызовов скорой психиатрической помощи занимают психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, в том числе и алкоголя.

За 2014 год отделением скорой психиатрической помощи БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодников» было обслужено 11088 вызовов к наркологическим больным, что составляет 32.2% от общего количества вызовов. Из них 857 (78,8%) связано с употреблением алкоголя и его суррогатов. Причем часть больных на момент осмотра находилась в состоянии алкогольного опьянения различной степени тяжести 298 (34,8%), у другой же части 559 (65,2%) развились психотические расстройства в виде галлюцинаторных и галлюцинаторно-бредовых нарушений 488 (56.9%) вплоть до алкогольного делирия 71 (8,3%). Больные из второй группы были госпитализированы практически стопроцентно, за исключением тех случаев, когда они находились в других ЛПУ города Омска и перевод в психиатрическую клинику был невозможен из-за тяжести соматического состояния и необходимости специализированного стационарного лечения. Больным же первой группы помощь оказывалась на месте, и было рекомендовано обратиться в наркологический диспансер. Были госпитализированы только больные с тяжелыми формами патологического опьянения, преимущественно в Центр острых отравлений на базе «Городской Больницы скорой медицинской помощи №1». Поэтому врачу психиатру скорой психиатрической помощи необходимо знать клинические проявления острой интоксикации алкоголем различных форм и степени тяжести. Дифференцировать их от психотических нарушений связанных с употреблением алкоголя, других психоактивных веществ, психических заболеваний другой этиологии.

Алкогольное опьянение (острая интоксикация алкоголем) – симптомокомплекс психических, вегетативных и неврологических расстройств, обусловленных психотропным действием спиртных напитков. Легкое опьянение сопровождается умеренным идеомоторным возбуждением и отдельными вегетативными симптомами; тяжелое – резким угнетением всех психических функций, что проявляется оглушением (вплоть до комы), тяжелыми нарушениями сердечнососудистой и дыхательной систем и разнообразными неврологическими расстройствами.

Глубина острой алкогольной интоксикации и скорость развития ее симптомов

обусловлены множеством факторов, в частности введенным в организм абсолютного алкоголя на 1кг массы тела и его концентрации в крови. Условно выделяют три степени алкогольного опьянения – легкую, среднюю и тяжелую. Концентрация алкоголя в крови составляет: при легкой степени – 0.3-1.5‰, при средней – 1.5-2.5‰, при тяжелой – 3-5‰. Концентрация алкоголя в крови 6-8‰ обычно бывает смертельной. На степень опьянения, а также на время появления симптомов влияют тип алкогольного напитка, форма его приема (единовременный или дробными дозами), скорость его всасывания.

Клинические проявления алкогольного опьянения можно разделить на следующие основные типы: 1) Простое алкогольное опьянение. 2) Измененные формы простого алкогольного опьянения. 3) Патологическое опьянение.

1. Простое алкогольное опьянение, 205 случаев (68,8%). Это самый частый тип острой интоксикации алкоголем. Легкая степень характеризуется ощущением психического и физического комфорта. Повышается настроение, возникает чувство бодрости и удовольствия. Восприятие окружающего имеет преимущественно положительную окраску. Колебания эмоционального фона обычно незначительные. Внимание легко отвлекается. Темп мышления ускоряется, часто встречаются поверхностные ассоциации. Вегетативные симптомы представлены обычно гиперемией, реже бледностью лица, некоторым учащением пульса. Усиливается аппетит, половое влечение. Воспоминания обо всем периоде опьянения сохраняются в полном объеме. Средняя степень характеризуется более выраженными аффективными нарушениями, влияющими на содержание высказываний и поступков. Значительно сниженная критика и усиливающаяся двигательная расторможенность способствует переходу волевых импульсов в действие. Усиливается речь, как следствие снижения порога слуховых восприятий. Появляются грубые нарушения подчёрка. Чаще всего опьянение средней степени сменяется глубоким сном. О некоторых событиях, происходивших в период опьянения, могут сохраняться не совсем четкие воспоминания. Тяжелая степень алкогольного опьянения определяется появлением различных по глубине симптомов оглушения. В наиболее тяжелых случаях развивается алкогольная кома. Всегда выражены неврологические симптомы: мозжечковая атаксия, мышечная атония, дизартрия. Отмечаются вестибулярные расстройства: головокружение, тошнота, рвота. Усиливаются вегетативные нарушения. Опьянение тяжелой степени всегда сопровождается полной амнезией. Нередко все три степени простого алкогольного опьянения последовательно сменяют одна другую.

2. Измененные формы простого алкогольного опьянения, 88 случаев (29,5%). Атипичные формы, осложненное опьянение. Состояния легкой или средней тяжести острой интоксикации алкоголем, при которых происходит чрезмерно резкое усиление или ослабление каких либо расстройств, нарушается последовательность их возникновения, появляется симптоматика не свойственная простому алкогольному опьянению.

Эксплозивный вариант измененного простого алкогольного опьянения. Состояние эйфории выражено слабо, сменяется преходящими вспышками резкого недовольства, раздражения, злобы, повторяющимися неоднократно.

Дисфорический вариант измененного простого алкогольного опьянения. Преобладает стойкое состояние напряженности, сопровождаемое недовольством, угрюмостью, неприязнью и злобой.

Истерический вариант измененного простого алкогольного опьянения. Поведение опьяневшего рассчитано на реакцию зрителей, двигательные нарушения принимают форму театрального поведения и примитивных моторных реакций. Нередко эти лица наносят себе легкие повреждения, совершают демонстративные суицидальные поступки.

Депрессивный вариант измененного простого алкогольного опьянения. Эйфория

начального периода непродолжительна или отсутствует. Преобладает подавленное настроение различной выраженности и оттенков. Опасность суицидальных попыток значительна, так как этому способствует отсутствие моторного торможения. Маниакальный вариант измененного простого алкогольного опьянения. Наблюдается повышенное настроение с беспечностью и благодушием, прерываемые непродолжительными вспышками раздражительности. Иногда может сопровождаться кривлянием, паясничанием, неуместными шутками, смехом.

Эпилептоидный вариант измененного простого алкогольного опьянения. Характеризуется быстро усиливающимся двигательным возбуждением, аффектами раздражения или злобы по отношению к окружающим. Одновременно уменьшаются или исчезают совсем имеющиеся ранее двигательные нарушения.

Параноидный вариант измененного простого алкогольного опьянения. Также характеризуется усилением двигательного и речевого возбуждения. Опьяневшие выкрикивают слова, содержание которых выражают ситуацию напряженности и опасности: «шпионы», «война», «мы окружены» и т.п., чаще всего связанные с окружающей обстановкой, гипертрофируя ее. При этом так же, как и при эпилептоидном варианте уменьшаются, или исчезают совсем имеющиеся ранее двигательные нарушения.

Измененное простое алкогольное опьянение с импульсивными действиями. Опьянение чаще всего сопровождается половыми извращениями, реже встречается пиромания и kleptomания.

Измененное простое алкогольное опьянение с преобладанием сомноленции. После непродолжительной, слабо выраженной эйфории быстро развивается сонливость, быстро переходящая в сон.

3. Патологическое опьянение, 5 случаев (1,7%). Сверхострый транзиторный психоз, вызванный приемом алкоголя. Оно протекает в форме сумеречного помрачения сознания и заканчивается глубоким сном или резким психическим и физическим истощением, вплоть до прострации. Частым симптомом патологического опьянения является амнезия психотического эпизода. Встречаются параноидная и эпилептиформная формы патологического опьянения. В диагностике патологического опьянения важную роль играет наличие психопродуктивной симптоматики: бред, аффективные нарушения, расстройства восприятия. Характерно отсутствие расстройств координации движений.

Немаловажное значение имеет лечение алкогольной интоксикации на догоспитальном этапе. Острую алкогольную интоксикацию необходимо купировать при тяжелом опьянении, при измененных формах опьянения и патологическом опьянении. При лечении острой алкогольной интоксикации необходим комплекс мероприятий, направленных, с одной стороны на прекращение дальнейшего всасывания алкоголя и ускоренное его выведение из организма, а с другой - на защиту и поддержание органов и систем организма, страдающих от алкоголя. Интенсивность терапии определяется тяжестью алкогольной интоксикации и общим состоянием опьяневшего.

ACUTE ALCOHOL INTOXICATION IN THE STRUCTURE OF CALLS EMERGENCY PSYCHIATRIC CARE IN OMSK REGION

Kolombet O.O., Sawyer A.B.

Abstract. Abstract. For 2014 psychiatric emergency department were handled 11088 calls to addicted patients, representing 32.2% of the total number of calls. Of these, 857 (78.8%) due to the use of alcohol and its surrogates. And the proportion of patients at the time of the inspection was intoxicated varying severity 298 (34.8%), in the other part of the 559 (65.2%) developed psychotic disorders in the form of hallucinatory and delusional disorders hallucinatory-488 (56.9%) up to delirium tremens 71 (8.3%). The intensity of therapy is determined by the severity of alcohol intoxication and the general state of drunken.

Keywords. Alcohol intoxication. Psychiatric emergency.

Клиника психических расстройств

УДК: 616.853

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Соловьева О.П., Негрий Т.Н., Шишина Л.И.*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области**«Областная клиническая больница»*

Аннотация. Вторичная эпилепсия является серьезным прогрессирующим осложнением черепно-мозговых травм. В статье приведено клиническое наблюдение травматической эпилепсии.

Ключевые слова. Травматическая эпилепсия.

Распространенность черепно-мозговой травмы в России составляет 4 случая на 1000 населения. Одним из последствий мозговой травмы является травматическая эпилепсия (ТЭ). Распространенность эпилепсии – около 50 случаев на 100000 населения, к числу важнейших причин эпилепсии относится ЧМТ (Хубиева З.А.,). Травматическая эпилепсия развивается у 2-53% пациентов, перенесших ЧМТ. Частота и ритм эпилептических приступов при посттравматической эпилепсии во многом зависят от тяжести ЧМТ, локализации и объема очага повреждения мозга, состояние преморбидного фона. Наиболее актуальными аспектами эпилепсии являются социальные и психологические проблемы, ставшие особенно значимыми в связи с демократизацией нашего общества и повышением уровня роли человека в нем. Общество все больше становится заинтересованным в том, чтобы трудовой потенциал его стал выше и, следовательно, направляет большие усилия по предупреждению инвалидизации, в связи с наличием у отдельных его членов различных пароксизмальных расстройств, включая эпилепсию. Получение контроля над припадками имеет не только важное клиническое значение, но и косвенно влияет на социально-трудовой статус больных, на их качество жизни, так как припадок является главным дестабилизирующим фактором.

Травматическая эпилепсия – это хроническое заболевание головного мозга, возникающее вследствие перенесенной ЧМТ в различные сроки с момента черепно-мозговой травмы и характеризующееся повторными непровоцируемыми эпилептическими приступами (Гехт А.Б., Куркина И.В., Локшина О.Б. и др. 1999, Лихтерман Л.Б. 2009, Thom M., 2003, цит по Хубиевой З.А., 2014). Однократные, не повторяющиеся эпилептические приступы, возникающие после ЧМТ, не следует расценивать как травматическую эпилепсию. Развитие травматической эпилепсии, ее частота и тяжесть течения зависят от тяжести первичной ЧМТ, локализации посттравматического очага, состояния преморбидного фона (наличие повторных ЧМТ и генетической предрасположенности) [Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., 2010, и др.).

Локализационно-обусловленный характер ТЭ определяет преобладание в клинике эпилепсии различных видов парциальных приступов. Кинематика припадка коррелирует с локализацией эпилептогенного очага, что обуславливает разнообразную семиологию приступов при травматической эпилепсии. Посттравматические рубцы и ликворные кисты, не являясь нервной тканью, не могут являться проводниками и генераторами биоэлектрической активности, поэтому формирование эпилептического очага происходит в прилежащих областях мозга, подвергшихся посттравматической морфофункциональной перестройке.

Судорожная симптоматика при травматической эпилепсии чаще представлена

типичными эпилептическими пароксизмами (рисунок 1), однако могут наблюдаться и полиморфные приступы.



Рисунок 1. Типичный генерализованный судорожный приступ

Медикаментозное лечение при развившейся травматической эпилепсии проводится непрерывно в течение нескольких лет, а иногда и всей жизни. При отсутствии эпилептических признаков в течение 3-5 лет, нормализации ЭЭГ, допустимо постепенное прекращение систематической противосудорожной терапии. Однако, вопросы необходимости назначения антиконвульсантов в остром периоде ЧМТ, длительности их применения и отмены еще далеки от разрешения. Все это говорит об актуальности исследований, направленных на разрешения ряда ключевых вопросов, таких как формирование клинической картины ТЭ в зависимости от тяжести и периодов ЧМТ, сроков возникновения первых эпилептических приступов и последующего развития травматической эпилепсии, установление информативности различных диагностических тестов, эффективности медикаментозной терапии с использованием различных антиконвульсантов.

В нашей клинической практике мы наблюдали типичный случай травматической эпилепсии.

Больной Н., 20.01.1984 г.р., житель города Омска.

Анамнез. Психопатологическая наследственность не выявляется. Наличие у родственников фебрильных судорог и эпилепсии, энуреза, снохождения, сноговорения, логоневроза, алкоголизма, психических заболеваний отрицает. Родился в полной семье в сельском районе Омской области. Роды в срок, затяжные, родился путем кесарева сечения. Рос и развивался соответственно возрасту. В школу пошел вовремя. Учился средне. Был веселым, общительным. Конфликтов со сверстниками и учителями не было. Закончил 11 классов, затем служил в армии, медицинских противопоказаний не было. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Во время службы в армии был выявлен туберкулез легких, прошел лечение, с учета снят. Гепатит, венерические заболевания, операции отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен.

В феврале 2007 г (23 года) был избит неизвестными, получил травму головы, утрачивал сознание. За медицинской помощью не обращался, не лечился. С этого времени отмечались «замирания» на короткое время, приступы необоснованного смеха, сопровождающиеся хлопыванием руками, приступы амнезирования. В июне 2007 г перенес повторную травму – вновь был избит. За медицинской помощью сразу не обратился, но появилась сонливость, общая слабость, беспокоили головные боли. Через некоторое время после травмы госпитализирован в нейрохирургическое отделение, где при проведении компьютерной томографии головного мозга было диагностировано субарахноидальное кровоизлияние, подтвержденное данными исследования ликвора.

Через 5 дней проведено МРТ головного мозга при котором структурных изменений нет, киста прозрачной перегородки. При осмотре отоневролога выявлена умеренная стволовая симптоматика, признаки внутричерепной гипертензии. Электроэнцефалографическое исследование в тот же период показало диффузную дезорганизацию биоэлектрической активности без межполушарных различий и очаговости, эпилептиформность не выявлена. Осмотр нейроокулиста выявил начальные застойные диски зрительных нервов обоих глаз, в динамике через 5 дней – на глазном дне без патологии. В отделении проводилось консервативное лечение, получал фенobarбитал по 100 мг на ночь, антибиотики, анальгетики, антигистаминные, ноотропные препараты, проводилась дегидратация. Был выписан с положительным эффектом, регрессировал общемозговой и менингеальный синдром.

В августе 2007 г впервые возникли судорожные приступы в ночное время. С этого же времени родственники стали отмечать раздражительность, периодическую агрессивность, колебания настроения.

Впервые на прием к epileптологу обратился в ноябре 2007 г. с жалобами:

- частые головные боли давящего характера в височных областях, иногда головокружение, без тошноты;
- приступы "замирания" до 5 – 6 раз в день, появляется расширение зрачков, нарушение дыхания, с прекращением речи и движений, длительностью 1 – 2 мин., со светлым промежутком подобных приступов до 2 дней;
- приступы до 7 раз в месяц, без предвестников, с частотой до 3 раз в течение дня, с тоническим напряжением мышц конечностей, прикусом языка, без пены у рта, без урикации;
- приступы состояния внезапного немотивированного смеха, с выраженным психомоторным компонентом, когда пытается резко обнять рядом находящихся людей, с удушающими действиями, длительностью от 30 секунд до 3 мин., с частотой 1 раз в день; провоцировать данные приступы могут резкие запахи, возражения окружающих, а после приступа ощущает головную боль, общую слабость;
- выраженную раздражительность, переходящую в агрессию, на высоте эмоционального напряжения возникают суицидальные мысли, частые смены настроения, непереносимость шума, суеты, резких запахов.

Во время приема врача произошел приступ выраженного психомоторного возбуждения, стал резко обнимать сопровождающую родственницу, смеяться, подпрыгивать на месте, отмечалась гиперемия кожи, длительность приступа примерно 30 сек. Приступ полностью амнезировал.

Во время осмотра epileптологом отмечались общемозговые симптомы в виде головной боли и головокружения, нистагм в стороны, больше вправо, легкая лицевая асимметрия, девиация языка чуть вправо. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей умеренной живости, снижение коленных, без разницы сторон. Патологии чувствительности не выявлено. Координация движений, походка без изменений. Была проведена электроэнцефалография (ноябрь 2007г) – умеренные диффузные изменения, больше в левом полушарии. Истинной эпилептиформности зарегистрировано не было.

Был осмотрен психиатром. При осмотре сознание сохранено. В беседе контактен, охотно разговаривает, доброжелателен. Чувство дистанции держит. Фон настроения несколько снижен, тревожен, мнителен, сосредоточен на болезни. Недоумевает по поводу происходя-

щего с ним. О приступах знает со слов матери, родственников, когда замирает или теряет сознание. О судорогах догадывается по прикусу языка, щеки. Сам о характере приступа не помнит. Мышление последовательное, темп обычный. Суицидальные мысли на время осмотра отрицает, но отмечает, что могут появляться, когда сильно злится. Острая психотическая симптоматика на время осмотра не выявляется, поведением не обнаруживает. Легкое снижение памяти, внимания. Интеллект сохранен.

Клинический диагноз: Травматическая энцефалопатия 2, субкомпенсация, в резидуальном периоде повторных ЧМТ, субарахноидального кровоизлияния. Симптоматическая эпилепсия с частыми сложными фокальными приступами с жестовыми автоматизмами, вегетативным компонентом, вторично генерализованными, преимущественно тоническими приступами. Органическое расстройство ЦНС вследствие повторных ЧМТ, тревожно-депрессивный синдром, легкое мнестическое снижение.

Рекомендовано продолжить прием фенобарбитала 100 мг на ночь, назначен депакин-хроно на постоянный прием с постепенным наращиванием дозировки по схеме до 1250 мг с сутки и тioriдазин (сонапакс) по 25мг 3 раза в день. Ведение дневника приступов.

Катамнез. Пациент с частотой раз в полгода наблюдался у epileптолога. На прием приезжал в назначенный период, с сопровождающим, свидетелем приступов, необходимыми обследованиями. Выполнял назначенные рекомендации, регулярно принимал препараты. В 2008 году, в связи с наличием признаков инвалидизации, прошел МСЭК и получил 3 группу. Получал курсы лечения в отделении неврологии в 2009, 2011, 2012 гг.

В 2009. в связи с учащением приступов был госпитализирован в отделение неврологии. Поступал с жалобами на приступы в виде «истерического» смеха в ночное время продолжительностью не более 5 секунд, затем судороги в конечностях («всево вытягивает»), миоклонии в верхних конечностях продолжительностью несколько секунд (10 – 15 секунд), частота их еженочно, после приступа сон, утром при просыпании иногда беспокоит головная боль в височной области; приступы в виде внезапно возникающих «желаний» сделать что-либо некорректное по отношению к окружающим – обнять, ударить, при этом слух и зрение не нарушается, возникает смех, продолжительность приступов 5 и более секунд, частота их не реже 3 раз в неделю; головные боли в височных областях, сжимающие или распирающие с ощущением выпирания глаз, связывает их с физической работой; во время беседы нарушения речи в виде перестановки букв в словах, из-за чего окружающие не понимают сказанного. При проведении электроэнцефалографии регистрировались диффузные изменения с преобладанием полиморфной медленноволновой активности без отчетливых межполушарных различий и очаговости, что говорит о дезорганизация биоэлектрической активности мозга. Эпиаивность не была зарегистрирована. На фоне проведения функциональных нагрузок дополнительных данных также не было получено. В стационаре было зафиксировано 6 психомоторных приступов во время ночного и дневного сна.

Несмотря на проводимое лечение приступы сохранялись, увеличивалась частота (до 4-х приступов в сутки), с серийным течением до 4 – 5 раз, со слюнотечением, с прикусом щек. Присоединилась уринация. На увеличение дозировки депакина-хроно до 3000 мг/сут (фенобарбитал оставлен в прежней дозировке – 100 мг на ночь), отмечались боли в животе, учащение стула, иногда тошнота.

С учетом отсутствием эффекта от максимальной дозировки депакина-хроно, было принято решение о необходимости добавления топирамата с постепенным снижением дозировки депакина. Также были рекомендованы гепатопротекторы (эссенциале форте, гептрал) по 1 табл. 3 раза в день 1 – 1,5 мес, 2 курса в год, ноотропы (фенибут 250мг 3 раза в день, 1,5 мес).

В этот период, в марте 2011 г, при проведении электроэнцефалографии впервые наблюдалась генерализованная epileптиформная активность в виде диффузных разрядов медленных волн тета- и дельта-диапазона.

С этого периода стали проявляться нарушения в поведении. На прием к epileптологу стал приезжать самостоятельно, без сопровождения. Появилась необязательность, неряшливость, снизилось чувство дистанции. Рекомендации по обследованиям не выполнял. УЗИ ор-

ганов брюшной полости не прошел, так как не сделал необходимую подготовку. ОАК, биохимический анализ крови не проведены, так как «опоздал, сел на другой транспорт». С пациентом проводились беседы, что с учетом частых приступов с серийным течением необходимо быть на следующем приеме в сопровождении родственников. Однако на посещения пациент снова приезжал один, без необходимых обследований. Появились беспорядочные связи, заболел сифилисом, обследовался и лечился у дерматовенеролога.

В августе 2011 г вновь был госпитализирован для прохождения курса стационарного лечения. Необходимо отметить, что при подключении в схему лечения топирамата количество приступов уменьшилось, приступы стали короче по времени до 8 – 10 секунд. Уменьшилась частота приступов до 2 – 3 раз в неделю, по сравнению с предыдущими до 4 раз в сутки. Однако серийность приступов сохранялась. На ЭЭГ в динамике epileptiformная активность в записи не регистрировалась. Отмечались признаки дисфункции подкорковых структур. При проведении МСКТ выявлялись признаки умеренной внутренней гидроцефалии, дубликатура прозрачной перегородки. В поведении отмечали приподнятое настроение, повышенную эмоциональность, вспыльчивость, раздражительность, периодическую агрессивность, придирчивость, категоричность в суждениях.

На апрель 2012 г схема лечения была следующая: препарат вальпроевой кислоты 1200 мг/сут, фенobarбитал 100 мг на ночь, топирамат в табл. 300 мг/сут., переносимость препаратов хорошая.

На плановом приеме у epileptолога категорически настаивал на лечении в стационаре, был госпитализирован. В отделении также отмечались нарушения поведения. Был навязчив, чрезмерно общителен. Искал поводы для конфликтов. Демонстративно отказывался от приема препаратов, но принимал после уговоров медицинской сестрой или лечащим врачом. На замечания дежурной смены реагировал приступами смеха. Периодически был подозрителен, недоверчив, сварлив, высказывал мысли, что ему дают не те препараты, «дают плохие, а хорошие забирают себе, воруют».

За собой не следил, не умывался, не чистил зубы. Делал сексуальные предложения медицинскому персоналу. В ответ на отказ проявлял грубость. Порой вел себя дурашливо, громко разговаривал, хлопал дверями, разбрасывал документы.

На приеме у психиатра вел себя спокойно, был вежлив, угодлив. Жаловался на снижение памяти, однако рассказывал, что изучил Уголовный и Гражданский кодекс, может практически дословно цитировать статьи кодекса. В мышлении отмечались нарушения в виде вязкости, обстоятельности, трудности переключения с одной темы на другую. Обнаруживал идеи сутяжничества и кверулянтства. Долго, обстоятельно, с излишними подробностями, рассказывал о своем «новом увлечении» писать жалобы, судиться с различными организациями даже по незначительным поводам. С видимым удовольствием описывал ситуацию, когда приехал в одну из клиник для сдачи анализа на определение концентрации антиконвульсанта в крови и добился оказания ему платной услуги бесплатно.

ЭЭГ в этот период – умеренно выраженные диффузные изменения головного мозга. Epileptiformная активность не зарегистрирована.

В связи с тем, что пациент плохо удерживался в отделении, был выписан по месту жительства с рекомендациями по наблюдению и лечению.

Последнее посещение пациентом epileptолога было зафиксировано более года спустя в июне 2013 года по направлению из ЦРБ. На прием приехал вместе с матерью. Мать отмечала приступы с кратковременным отключением сознания, возбуждением, выполнением движений руками («бьет по чему-либо»), смехом, нарушением речи («говорить не может»), или наоборот, приступы с ненормативной лексикой, длительностью до 1 мин. В любое время суток. Частота приступов до 4 – 5 раз в неделю или ежедневные с серийным течением до 2 – 6 раз. Ночью во сне приступы с судорогами тоническими, длительностью до 1 мин., со слюноотечением, с прикусом щек, с уриацией. Частота до 5 – 6 раз в неделю, с серийным течением до 3 – 4-х приступов. Иногда бывают светлые промежутки без приступов до 1 недели. Также отмечали частые головные боли с головокружением, снижение памяти, раздражитель-

ность и агрессивность, общую слабость.

На время посещения пациент сообщил, что принимает прежнюю схему лечения (вальпроат 1200 мг/сут, фенобарбитал 100 мг/сут, топирамат 300 мг/сут). Однако позднее признался, что топирамат принимал не регулярно, а когда видимого ухудшения состояния не наступило, прекратил принимать вообще. С учетом определения концентрации вальпрооевой кислоты 13 мкг/мл, (следы препарата в крови), стало ясно, что пациент нерегулярно принимает противосудорожные препараты, а иногда не принимает преднамеренно, т.к. употребляет алкоголь (пиво). С пациентом и матерью была проведена очередная беседа о последствиях нерегулярного приема препаратов, о возможности формирования фармакорезистентности и неэффективности лечения.

При проведении контрольной электроэнцефалографии (июнь 2013 г) была зарегистрирована значительная дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга в виде частых повторяющихся синхронизированных вспышек высокоамплитудной грубой медленноволновой активности по всем отведениям с неотчетливым преобладанием справа. Истинная эпилептиформная активность не зарегистрирована.

На назначенный осмотр врача-эпилептолога через 4 – 5 мес., а также в течение 2014 года пациент не появился.

В данной клиническом наблюдении рассматривается клинический случай симптоматической эпилепсии в резидуальном периоде повторных черепно-мозговых травм, осложненных субарахноидальными кровоизлияниями. Мы видим четкий вторичный характер эпилептической болезни – у пациента нет отягощенной наследственности, в раннем анамнезе не отмечается травмы, фебрильные судороги, энурез, снохождение, сноговорение, т.е. до момента получения первой закрытой черепно-мозговой травмы органических расстройств не было. Отмечено первое возникновение сложных фокальных приступов с жестовыми автоматизмами, судорожных приступов в ночное время. Далее мы рассмотрели динамику приступов, их учащение и усложнение структуры, формирование полиморфных припадков. Комплексное медикаментозное лечение в своей основе представлено противосудорожной терапией. За весь период наблюдения на электроэнцефалографии только однократно отмечалась эпилептиформная активность. Во всех других исследованиях ЭЭГ эпилептиформная активность не регистрировалась. В статье прослежена динамика изменений в эмоционально-волевой и когнитивной сфере пациента от периодической раздражительности, тревожности до развития изменений личности по эпилептическому типу, формированием сутяжничества. Необходимо отметить, что несмотря на все прилагаемые усилия, не удалось добиться приемлемого уровня контроля припадков. Эпилепсия у пациента приняла фармакорезистентный характер.

Литература

Хубиева З.А. Травматическая эпилепсия: клиника, диагностика и лечение. – Дисс. канд.мед.наук, – Пятигорск, 2014 – 157 с.

Неврология. Национальное руководство. / Под. ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., – М, 2010. – 510 с.

CLINICAL CASE OF TRAUMATIC EPILEPSY

Solovyova OP Negri TN, Shishina LI

Abstract. Secondary epilepsy is a serious progressive complication of traumatic brain injury. The article shows the clinical observation of traumatic epilepsy.

Keywords. Traumatic epilepsy.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ И ДИНАМИКУ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА АГОРАФОБИИ С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Шукиль Л.В., Стаценко О.А., Кузнецова И.Г.

Министерство здравоохранения Омской области

*ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
кафедра психиатрии, медицинской психологии*

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»

Аннотация. Обследован 101 пациент с симптомокомплексом агорафобии с паническим расстройством. Установлена роль различных видов психогений и фрустрации на формирование и динамику симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством

Ключевые слова. Агорафобия с паническим расстройством, психогении, фрустрация, динамика агорафобии с паническим расстройством.

Панические атаки, как следует из литературных источников, часто возникают на фоне стрессовых событий [3,4]. Смерть близких родственников, травмы, соматические заболевания, интерперсональные конфликты предшествуют дебюту панических приступов [5]. О ведущей роли производственных конфликтов, ятрогенных влияний и психотравмирующих ситуаций в семье в патогенезе невроза навязчивых состояний, представленного кардиофобическим синдромом, сообщали В. Я. Семке, М. М. Аксенов [2]. Несмотря на ряд работ, влияние психогений на формирование и динамику агорафобии с паническим расстройством представляется недостаточно изученным.

Целью настоящего исследования являлось изучение психогенных влияний на динамику симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством.

Материал и методы. В исследуемую выборку вошли пациенты, проходившие лечение в БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» в период с 2005 по 2009 годы. Критерием включения в исследовательскую группу являлось наличие симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством (САПР), диагностированное в соответствии с критериями МКБ-10. В ходе клинко-психопатологического исследования был обследован 101 пациент с манифестацией САПР в возрасте от 18 до 60 лет. Исследуемая выборка включала 90 женщин и 11 мужчин, средний возраст которых составил $39,2 \pm 10,5$ и $40,6 \pm 11,24$ года соответственно. По нозологической принадлежности больные с САПР распределились следующим образом: с невротическими расстройствами - 34 (33,7%), шизофренией - 26 (25,7%) эндогенными аффективными расстройствами - 41 (40,6%) человек.

Для объективизации данных использовались следующие инструменты: стандартизированная карта больного, клинко-психопатологический метод, соматоневрологическое обследование. Статистический анализ проводился с использованием критерия χ^2 для произвольной таблицы сопряженности при сравнении трех групп. Вычисления проводилось с применением статистических пакетов «Statistica 8.0».

На основании оценки течения расстройства независимо от его нозологической принадлежности были выделены три типа динамики агорафобии с паническим расстройством: благоприятный (1-я группа), неблагоприятный (2-я группа) и относительно благоприятный (3-я группа). Благоприятный тип течения характеризовался полными ремиссиями, в которых отсутствовала психопатологическая симптоматика или отмечалось появление, либо заострение тревожно-мнительных черт характера ($n=32$; 31,68%). При неблагоприятном типе течения ремиссии либо отсутствовали, либо были неполными с сохранением агорафобии, панических атак, избегающего пове-

дения, ипохондрических и аффективных расстройств той или иной степени выраженности ($n=50$; 49,51%). Агорафобия с паническим расстройством, имеющая относительно благоприятное течение, протекала с явлениями небредовой ипохондрии и отсутствием тревожно-фобического синдрома в ремиссии ($n=19$; 18,81%).

Результаты. Изучение пациентов с САПР у большинства выявило в преморбиде наличие психотравмирующих ситуаций, к которым относились как острые, подострые и затяжные, так и сочетанные психогении. У больных с острыми и подострыми психотравмами ($n=8$; 7,92 %) в качестве стрессовых ситуаций выступали потеря жилья, смерть близких родственников, развод, операции, увольнение с работы, трудоустройство на новое место с трудностями адаптации, а также выход на пенсию. Следует отметить ятрогенные провокации, вызванные аллергической реакцией на препарат, манипуляциями с шейным отделом позвоночника или неосторожными словами врача о тяжелом соматическом заболевании. После воздействия стрессора заболевание дебютировало либо остро, в редких случаях непосредственно после стресса (аллергическая реакция, манипуляции с шейным отделом позвоночника), либо, что встречалось чаще, развивалось в течение от 1 до 2 недель. Наблюдалась также отставленная во времени реакция, проявляющаяся спустя несколько месяцев. Развитие тревожно-фобических расстройств начиналось в одних случаях с панических приступов, манифестирующих в течение нескольких недель после стресса, с дальнейшим образованием агорафобического комплекса и депрессивно-ипохондрических расстройств. В других наблюдениях имело место медленное поступательное развертывание болезненной симптоматики с проявлений гипотимии, к которой присоединялись соматовегетативные расстройства, принимающие впоследствии пароксизмальный характер. В дальнейшем формировались обсессивно-фобические расстройства с явлениями небредовой ипохондрии. Заболевание теряло связь с психотравмирующим событием, утратившим актуальность, а движение симптоматики обуславливалось комплексным воздействием как внутренних, так внешних факторов.

Психотравмирующие события, носившие затяжной характер ($n=36$; 35,65 %), включали в себя производственные перегрузки и конфликты, отсутствие работы, дисгармонию семейных отношений, обусловленную супружеской неверностью, алкоголизацией, неудовлетворенностью сексуальной жизнью, материально-бытовыми проблемами. Кроме того, среди затяжных психотравмирующих воздействий отмечались тяжелые соматические заболевания у ближайших родственников, нуждающихся в постоянном уходе. У части пациентов хронический психотравмирующий фон сочетался с острыми стрессами, которые являлись запускающим фактором манифестации ТФР ($n=17$; 16,83 %). Длительно существующая психотравмирующая ситуация приводила к развитию астенического синдрома, сопровождающегося явлениями вегетативной дистонии [Гринштейн А. М., Попова Н. А., 1971], и постепенному нарастанию аффективных нарушений, когда состояние приобретало сходство с депрессиями истощения. Спустя достаточно продолжительный период времени, занимающий у разных пациентов от нескольких месяцев до года, возникали панические атаки с появлением панико-ассоциированных расстройств – агорафобии, поведения избегания, ипохондрических расстройств, происходило углубление депрессии.

У 40 (39,60 %) пациентов в течение года, предшествовавшего манифестации ТФР, психогении не были выявлены.

Как показало исследование, стрессовые ситуации оказывают значительное влияние на динамику САПР.

Анализ причин повторных обращений к психиатру по поводу экзацербации или усиления тревожно-фобических расстройств выявил, что из всей группы пациентов ($n=101$; 100 %) имелась связь с психогениями у 68 (67,3 %) больных. У 33 (32,7 %) обследованных обострения возникали аутохтонно, что в основном было характерно для

эндогенных заболеваний. Из пациентов, у которых отсутствовал стрессовый провоцирующий фактор, только 5 (15,1 %) человек имели диагноз невроза, в остальных случаях у 15 (45,5 %) наблюдались аффективные расстройства (из них 14 больных с рекуррентным депрессивным эпизодом) и у 13 (39,4 %) – шизотипическое расстройство. В 49,5 % (n=50) случаев к обострению приводили затяжные психотравмирующие события, в 17,8 % (n=18) – острые и подострые психотравмы.

При сравнении групп пациентов с разным типом динамики САПР выяснилось, что затяжные психотравмирующие события наиболее часто встречаются во 2-й и 3-й группах и способствуют неблагоприятной и относительно благоприятной динамике САПР ($p<0,05$), для 1-й группы более характерны острые психогении ($p<0,01$) (рис. 1).

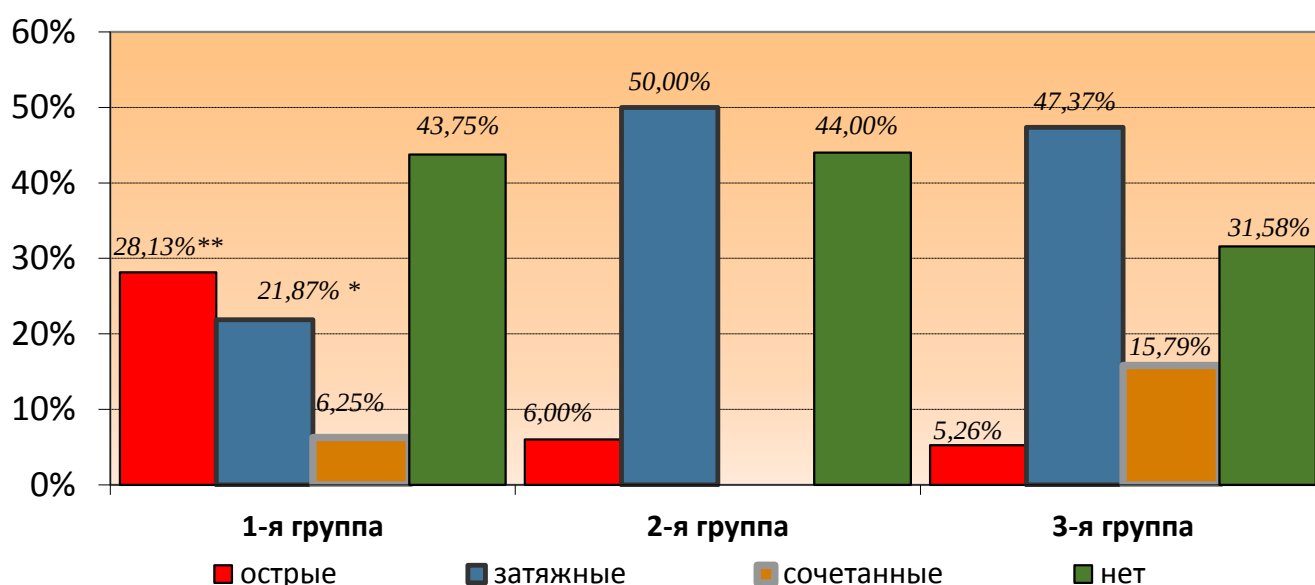


Рисунок 1. Психогении у пациентов с разным типом динамики САПР.

Примечание. * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$

Помимо вышеперечисленных психогенных факторов, в исследовании рассматривалось качество жизни пациентов, страдающих САПР. Под качеством жизни (КЖ) Всемирной организацией здравоохранения понимается «восприятие людьми своего положения в контексте культуральных ценностных ориентаций и в соответствии с их целями» [6].

В. Я. Семке (2003) дает такое определение: качество жизни – это достигаемость желаемого и удовлетворение достигнутым. Он же подчеркивает, что современная социокультуральная ситуация, создавая более высокий уровень эмоционального напряжения, обуславливает резко возросшую роль психосоциальных факторов в происхождении болезней [1]. В этом контексте изучение качества жизни, степени удовлетворенности различными ее сторонами необходимо, так как дает возможность целенаправленно проводить социально-профилактические мероприятия, ориентированные на снижение психосоциальных факторов риска.

Показатели качества жизни изучались по самоотчетам пациентов, носящим субъективный характер и отражающим степень удовлетворенности различными сторонами социальной жизни. Среди критериев использовались: удовлетворенность своим семейным и материальным положением, профессиональным статусом, образованием, профессиональной деятельностью, жилищными условиями, межличностными и внут-

рисемейными отношениями, которым пациенты давали оценку: «удовлетворен», «скорее удовлетворен», «скорее не удовлетворен», «не удовлетворен». Для количественного выражения степени удовлетворенности отдельными сторонами социального функционирования каждой степени социальной удовлетворенности был присвоен соответствующий балл: 0 баллов – выраженная степень неудовлетворенности; 1 балл – умеренная степень неудовлетворенности; 2 балла – слабая степень неудовлетворенности; 3 балла – удовлетворен.

При низкой степени удовлетворенности пациенты отмечали психологический дискомфорт, раздражительность, хроническое чувство недовольства, которое они связывали с невозможностью достичь желаемого. Описываемое состояние соответствовало состоянию фрустрации и полученный балл отражал ее степень в различных сферах жизни пациента.

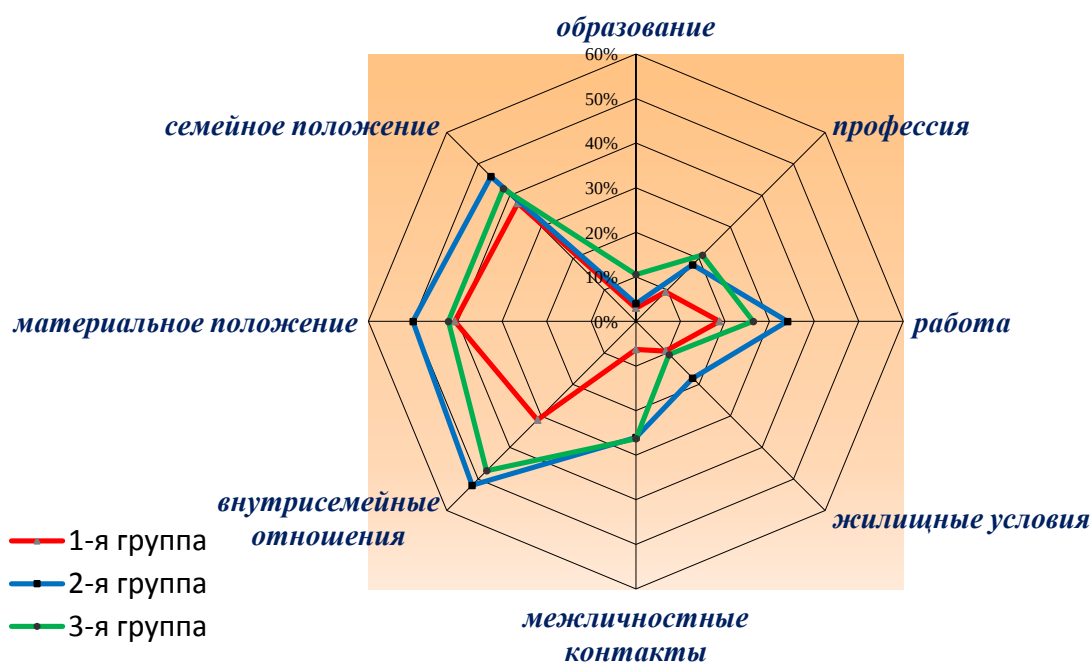


Рисунок 2. Распределение больных с низкой степенью социальной удовлетворенности при различных вариантах динамики САПР

Среди опрошенных только 26,73 % были полностью удовлетворены своей жизнью, а 73,27 % ($n=74$) – демонстрировали неудовлетворенность различными сторонами своей жизни в той или иной степени. Наиболее значимыми в этом отношении оказались межличностные и внутрисемейные взаимоотношения, семейный статус, материальное положение, работа. Сравнительное изучение спектра ситуаций, отношение к которым пациент характеризовал как «не удовлетворен», при разном типе динамики САПР показало, что для неблагоприятно протекающих форм агорафобии с паническим расстройством характерна низкая степень удовлетворенности, распространяющаяся практически на всю социальную сферу, особенно на взаимоотношения внутри семьи ($p=0,06$) и межличностные контакты ($p<0,05$) (рис. 2).

Для общей оценки степени социальной удовлетворенности в группах с разным типом динамики САПР был рассчитан средний показатель, который рассчитывался из отношения суммы баллов, набранной пациентами, к количеству больных в каждой группе. Расчет показал, что в группе с благоприятным течением пациенты более удо-

влетворены различными сферами своей жизни, а, следовательно, имеют более низкий уровень фрустрации, чем пациенты с относительно благоприятным и неблагоприятным типами динамики (рис. 3).

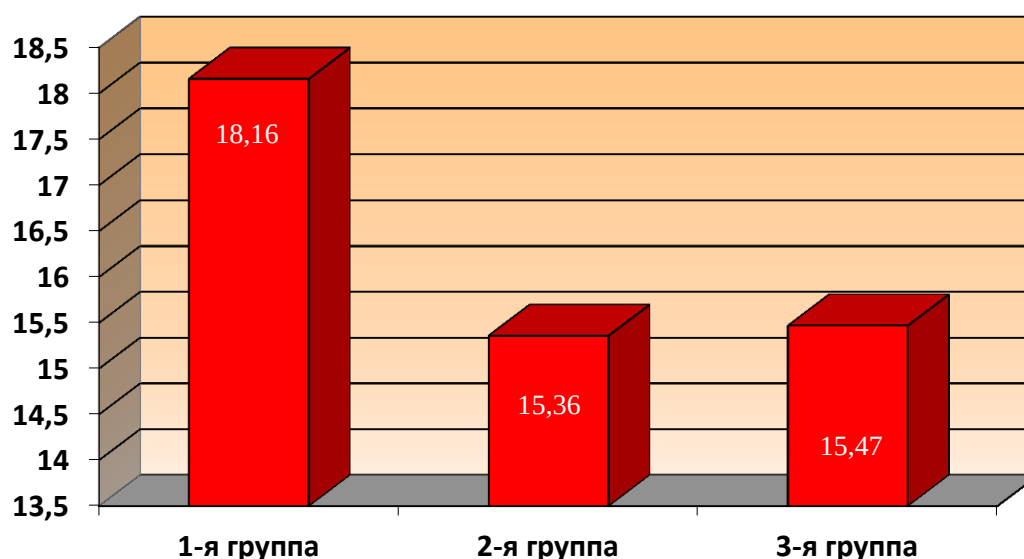


Рисунок 3. Средний показатель социальной удовлетворенности в группах с разным типом динамики САПР

Таким образом, исследование показало существенную роль психогенных факторов в формировании симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством, а также значительное влияние их на динамику заболевания. Полученные данные позволили сделать вывод, что острые и подострые психогении выступают скорее в роли триггерного фактора, а затяжные психотравмы обладают истощающим психоадаптационные ресурсы личности влиянием, редуцируя возможности индивидуума к восстановлению. Затяжные психотравмирующие события приводили к хронизации агорафобии с паническим расстройством, худшему качеству ремиссии, более частым обострениям. Кроме того, выявлен высокий уровень фрустрации при неблагоприятном и относительно благоприятном типах динамики заболевания.

Литература

1. Семке, В. Я. Психогении современного общества / В. Я. Семке. – Томск, 2003. – 282 с.
2. Семке, В. Я. Пограничные состояния (региональные аспекты) / В. Я. Семке, М. М. Аксенов. – Томск, 1995. – С. 91—92.
3. Faravelli, C. Prevalence of traumatic early Life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks / C. Faravelli, T. Webb, A. Ambotti, F. Fonnese, A. Sessarego // Am. J. Psychiatry. – 1985. – Vol. 142. – P. 1493—1494.
4. Finlay-Jones, R. Types of stressful life events and the onset anxiety and depressive disorders / R. Finlay-Jones, G. W. Brown // Psychol. Med. – 1981. – Vol. 11, № 4. – P. 803—815.
5. Roth, M. The panic-agoraphobic syndrome: a paradigm of the anxiety group of disorders and its implications for psychiatric practice and theory / M. Roth // Am. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 153. – P. 111—124.
6. WHOQOL: Study protocol Division of mental health. – Geneva, 1993.

INFLUENCE OF STRESSFUL IMPACTS ON FORMATION AND DYNAMICS OF SYMPTOMOCOMPLEX AGORAPHOBIA WITH PANIC DISORDER

Shukil L.V., Statsenko O.A., Kuznetsova I.G.

Abstract. 101 patients with symptomocomplex agoraphobia with panic disorder are examined. The role of different types the psychogenesis and frustration in various spheres of social life on formation and dynamics of a disease is established.

Keywords. Agoraphobia with panic disorder, psychogenesis, frustration, dynamics of symptomocomplex agoraphobia with panic disorder.

Возрастные аспекты психиатрии

УДК: 616.89-008.48-037:316.624.3

ПРЕДИКАТЫ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гранкина И.В.

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»*

Аннотация. В статье представлены результаты исследования патогенетических факторов формирования девиантных форм поведения у детей с психическими расстройствами, включающие анализ влияния конституционально-биологических, ранних органических нарушений и социализации ребенка.

Ключевые слова. дети, девиантные формы поведения, факторы формирования

Актуальность проблемы. В настоящий момент одной из актуальных и злободневных задач на стыке множества направлений научных исследований является изучение причин катастрофического роста несовершеннолетней преступности, связанной с насилием и жестокостью, а также аутоагрессивного поведения детей (Дмитриева Т.Б., 1999; Джонгман Э., Бейли С., 2000; Иванова Т.И., 2007; Pratt H.D., Greydanus D.E., 2000). В частности, Н. Steiner, E. Cauffman (1998) выявили рост правонарушений совершаемых подростками в США на 25% в период с 1989 по 1993 год, а по данным G.M. Kelton, J.C. Shank (1998), второе место среди причин заболеваемости и смертности у подростков в США является, использование огнестрельного оружия. Согласно данным МВД РФ (2001) показатели криминальной активности в стране у детей и подростков остаются высокими, с превалированием роста тяжких и особо тяжких преступлений. Так, с 1989 по 2000г. количество участников преступлений в возрасте 16-17 лет увеличилось на 55%, а количество несовершеннолетних правонарушителей, не достигших 14 лет - на 14,6 %. В некоторых регионах страны 1/3 «подростковых» преступлений совершается детьми до 13 лет. На профилактическом учете в МВД в настоящий период состоит около полумиллиона детей с противоправными формами поведения. «Прирост» убийств, совершенных несовершеннолетними, составил 178% , тяжких телесных повреждений - 121%, разбоев 139% (Дмитриева Т.Б., 2001; Саркисова И.А., 2003). Множество исследователей, оценивая данную тенденцию, сходятся во мнении, что одной из причин данного обстоятельства является девиантное поведение детей и подростков.

В последнем пересмотре американской классификации психических и поведенческих расстройств детского возраста введен термин девиантного (отклоняющегося поведения), что определено появлением новых, ранее не характерных форм нарушений поведения у несовершеннолетних. Таким образом, термин девиантное поведение – система поступков, отклоняющихся от общепринятой или подразумеваемой нормы (психическое здоровье, права, культура, мораль).

Девиантное поведение подразделяется на две большие категории. Во-первых, это поведение, отклоняющееся от норм психического здоровья, подразумевающее наличие явной или скрытой психопатологии. Во-вторых, это поведение антисоциальное, нарушающее какие-то социальные и культурные нормы, особенно правовые. Когда такие поступки сравнительно незначительны, их называют правонарушениями, а когда серьёзны и наказываются в уголовном порядке – преступлениями. Соответственно говорят о делинквентном (противоправном) и криминальном (преступном) поведении (Кон И. С., 1989).

До настоящего времени анализ причин возникновения отклоняющихся форм

поведения у детей определялся комплексом факторов, объединяющих как биологические, так и социальные составляющие (Масагутов Р.М., 2003; Kashani JH; Darby PJ; Allan WD et al., 1997). Масагутов Р.М. (2003), изучая формирование патологически агрессивного поведения среди детей и подростков, выделил ряд биопсихосоциальных факторов. Факторами риска отклоняющегося поведения детей 3 – 11 лет является: возбудимый темперамент ребенка, родительская агрессия, перинатальная энцефалопатия, ранняя эмоциональная депривация со стороны матери и демонстрация насилия и жестокости со стороны отца, либо агрессивное хобби. Риск агрессии подростков в возрасте 12 – 17 лет определялся употреблением психоактивных веществ, нарушением формирования когнитивного и эмоционального звеньев эмпатии, ранним резидуально-органическим поражением головного мозга, а также с негативным влиянием криминальной субкультуры и делинквентных сверстников. По мнению А. Е. Личко (1983), росту делинквентности среди детей и подростков сопутствуют социальные потрясения, влекущие безотцовщину и нарушающие структуру семьи. По мнению ряда исследователей, в целом детско-подростковые формы отклоняющегося поведения в подавляющем большинстве имеют чисто социальные причины, среди которых наибольшее значение имеют недостатки семейного воспитания. В частности, от 30 до 85% делинквентных подростков вырастают в неполной семье или в семье деформированной – с недавно появившимся отчимом, реже – мачехой. (Степанов В. Г., 1988). До настоящего времени остаются открытыми вопросы изучения факторов формирования девиантных форм поведения у детей с психическими расстройствами, в частности, роли конституционально – биологических, соматических и социальных предпосылок.

Цель исследования: изучение predisпозиционных факторов формирования отклоняющихся форм поведения у детей 7-12 лет с психическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Для реализации цели исследования нами проведено изучение невыборочной группы больных, включающей все случаи госпитализации в детское стационарное отделение детско-подросткового комплекса БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» за период 20011 – 2013 годов, насчитывающей 1276 случая (n – 492 (2011г.); n – 379 (2012г.); n – 405 (2013г.)) Все дети, находящиеся на стационарном лечении, проходили первичное клиническое психопатологическое обследование, предметом которого являлось выявление детей с ведущим психопатологическим синдромом определяемым выраженными нарушениями поведения. Таким образом, объектом исследования послужили 130 детей: 105 мальчиков (80,7%) и 25 девочек (19,3%, находящихся на лечении в детском психиатрическом стационарном отделении БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» с симптомами отклоняющегося поведения. На момент обследования 6,9% детей исследуемой группы состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с совершением противоправных деяний (кражи, мелкое хулиганство, драки со сверстниками). Изучая нозологическую принадлежность выявленного психопатологического синдрома, мы установили, что достоверно чаще девиантные нарушения поведения отмечались среди детей с умственной отсталостью (F 70, F 71) (43,1%; n – 56), практически равнозначно нарушенное поведение отмечалось как у детей с органическими поражениями личности (F 07.0 – 30,0%; n – 39), так и у детей с психическими расстройствами шизофренического спектра (F 20.8, F 21.8 – 26,9%; n – 35). Эта тенденция подтверждает данные Д.Н. Исаева (2003), Н.А. Бохана (2003), что при олигофрении часто отмечаются выраженные нарушения. Для определения факторов влияющих на формирование отклоняющихся форм поведения у детей с психическими расстройствами были набраны контрольные группы детей со сходными психическими расстройствами: умственная отсталость 39,6% (n – 48), органические расстройства личности 32,2% (n – 39) и расстройства шизофренического спектра 28,2% (n – 34). Отобранная группа детей был сходна по основным демографическим показателям (пол, возраст, место жительства).

Изучение predisпозиционных факторов возникновения отклоняющегося поведения у детей с различными видами психопатологии складывался из следующих составляющих.

- Анализа конституционально-биологических факторов: наследственности, конституциональных особенностей характеров родителей.

Изучая наследственность детей с психическими расстройствами с наличием отклоняющихся форм поведения и без, выявлено, что у детей с девиациями чаще наследственность была неизвестна (36,1% исследуемая группа и 17,4% контрольная) в связи с тем, что среди исследуемой группы большее количество детей находилось в условиях социальной опеки. В целом среди родственников детей с отклоняющимися формами поведения реже отмечалась отягощенная наследственность по психическим расстройствам в роду (25,3% исследуемая группа и 35,6% контрольная группа). Однако среди всех психических нарушений в роду детей с психопатоподобными формами поведения чаще отмечался алкоголизм (16,9% и 13,2% соответственно). Проведя анализ характерологических особенностей родителей в исследуемой и контрольных группах, мы выявили, что ярко выраженные характерологические черты родителей с одинаковой частотой отмечались как у детей, имеющих отклоняющиеся формы поведения, так и у детей из контрольной группы – без девиантных расстройств. Однако в группе детей с отклоняющимися формами поведения характерологические особенности отцов были неизвестны у (36,2% детей), что в очередной раз подчеркивает часто возникающие поведенческие проблемы детей, воспитывающихся в семьях без отцов. Характерологические особенности матерей детей с девиантными формами поведения чаще отличались раздражительностью и вспыльчивостью (23,8% матерей детей с отклоняющимися формами поведения и 8,4% матерей детей без нарушений поведения) ($p < 0,05$).

- Анализа оценки предпосылок и проявлений ранних органических нарушений (течения беременности и родов у матери, особенностей раннего периода развития), показателей, характеризующих многообразную органическую симптоматику, формирующуюся вследствие черепно-мозговых травм, инфекций и интоксикаций.

Изучение патологии перинатального периода в исследуемых группах выявило, что во всех группах исследования большинство матерей детей с психическими расстройствами имели различные перинатальные вредности. У матерей детей с отклоняющимися формами поведения чаще отмечалась угроза прерывания беременности (26,1% исследуемая группа и 13,2% контрольная), соматические осложнения во время беременности (13,1% и 9,1% соответственно) ($p < 0,05$). Часто отмечались инфекционные заболевания (6,2% исследуемая группа 2,5% контрольная группа) и психотравмирующие события во время беременности (в 6,2% группе детей с нарушенным поведением, 4,1% группа детей без симптомов отклоняющегося поведения). Патология антенатального периода встречалась во всех группах исследования, однако в группе детей с отклоняющимися формами поведения она встречается чаще (73,1% детей из исследуемой группы и 52,8% детей контрольной группы) и имеет более тяжелые формы. Патология раннего неонатального периода (первый год жизни) оценивалась по наличию диагностированных соматических (тяжелые простудные, инфекционные, заболевания; врожденная патология органов и систем выявленная на первом году жизни) и неврологических расстройств (перинатальная энцефалопатия (ПЭП), синдром двигательных нарушений, судорожный синдром) наблюдаемых у ребенка на первом году жизни, а так же полученные ребенком травмы (переломы, ожоги и черепно-мозговые травмы (ЧМТ)) на первом году жизни. Проводя сравнительный анализ наличия патологии неонатального периода детей с выявленными нарушениями поведения и детей без диагностированных нарушенных форм поведения, выявлено, что среди детей с психическими расстройствами без симптомов отклоняющегося поведения патология раннего неонатального периода встречалась чаще (78,5% контрольная группа и

68,8% исследуемая группа),

- Анализа социализации ребенка: социальная адаптация ребенка, среда воспитания (семья, патологизирующие формы воспитания).

Изучая аспекты социализации ребенка, рассматривались основные социальные институты, присущие детям в современном обществе (детский сад, дошкольные образовательные учреждения (ДДУ) и школа). Учитывался возраст начала посещения ДДУ и школы. Среди аспектов адаптации рассматривалась социальная активность ребенка (формирование дружеских отношений в детской среде, особенности игровой деятельности, способности к усвоению программного материала). Плохой адаптацией ребенка считалось отсутствие контакта со сверстниками, предпочтение общества взрослых или одиночества, нарушение игровой деятельности, агрессивные действия по отношению к взрослым и детям, эпизоды насилия по отношению к сверстникам, отказ от выполнения требований учителей и родителей. Изучая особенности социализации детей исследуемой и контрольной группы, нами выявлено, что трудности в адаптации в детских дошкольных учреждениях и школе имели дети обеих групп.



Однако дети с психическими расстройствами с превалированием в клинической симптоматике отклоняющихся форм поведения имели трудности адаптации в детском коллективе в большей степени (77,1 %), чем дети без девиантного синдрома (59,3%). Предпринятый в настоящем исследовании анализ депривационных факторов показал, что все дети, имеющие девиантные формы поведения, чаще воспитывались в условиях социального сиротства (32,3% детей из исследуемой группы и 12,6% детей из контрольной группы в зависимости от нозологии психического нарушения: 5,7% и 0 с F 20; 39,2% и 22,9% с F70-71.0; 46,2% и 10,3% с F07.0) ($p < 0,05$). Исследование социально-средовых аспектов формирования отклоняющихся форм поведения у детей невозможно без изучения особенности семейного окружения и воспитания ребенка в семье. Большое значение имеет общий культурный уровень родителей, их образование и социальная занятость. С целью изучения социального положения родителей контрольной и исследуемой группы были рассмотрены такие переменные, как возраст родителей, их образование, наличие постоянного рабочего места, получение социального пособия и нахождение в местах лишения свободы. Проведенный анализ показал, что в семьях детей с отклоняющимися формами поведения родители чаще находились в местах лишения свободы. Так 16,1% матерей и 19,1% отцов детей из исследуемой группы на момент госпитализации в стационаре находились в тюрьме, в то время, как только 7,9% матерей и 7,4% отцов детей контрольной группы так же пребывали в местах лишения свободы. Еще обращает на себя внимание тот факт, что у 53,8% детей с отклоняющимися формами поведения отец был неизвестен ($p < 0,05$). Рассматривая особенности воспитания у детей, выявлено, что достаточно часто дети с психическими

нарушениями имели нарушенные формы воспитания в семье. Патологизирующее воспитание – это система осознанных и неосознаваемых воспитательных действий взрослых, вследствие которых создаются условия для хронической фрустрации ребенка и искажение его личностного и физического роста, приводящих в отдельных случаях к формированию расстройств психической сферы. Проведенное исследование показало, что дети с отклоняющимися формами поведения статистически чаще воспитывались в условиях физического насилия (36,2% - детей с отклоняющимися формами поведения и 3,3% - детей без нарушенного поведения) ($p < 0,05$). При этом в группах детей с психическими расстройствами без нарушения поведения воспитание проходило в семьях с большим количеством форм нарушенного воспитания, среди которых преобладали следующие: безнадзорность (15,7%), гипоопека (14,1%), противоречивое воспитание (11,6%). Среди семей с детьми, имеющими девиантный синдром, условия воспитания определялись физическим насилием (36,2% детей) и безнадзорностью (8,5% детей).

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало, что в формировании отклоняющихся форм поведения среди детей с психическими расстройствами в большей степени имеет значение среда воспитания, затем социальная адаптация ребенка и затем пре-, пери-, ante- и неонатальная патология. Для оценки значимости этих переменных в возникновении девиантного синдрома все показатели подвергнуты дихотомической оценке (0 – 1) с целью облегчения их дальнейшей статистической обработки, и определена сила связи каждого из этих признаков с каждым, вследствие чего рассчитано более 1000 коэффициентов корреляции. В связи с большим количеством переменных целесообразно от многочисленных признаков перейти к небольшой группе факторов, наиболее существенно влияющей на результирующий признак. Наиболее оптимальным методом оценки полученных результатов является факторный анализ, позволяющий сократить число переменных (произвести редукцию данных) и определить структуры взаимосвязей между переменными (их классификацию). Таким образом, в результате будут сформированы независимые друг от друга факторы.

Таким образом, при проведении исследования predisпозиционных факторов формирования отклоняющихся форм поведения у детей с психическими расстройствами выявлены девять факторов, имеющих наибольшее значение в возникновении девиантного синдрома.

1. Фактор отсутствия перинатальной патологии (0,172 % от общей доли дисперсии), объединяющий переменные: здоровый ребенок при выписке из родильного дома ($a=0,858802$), ребенок не наблюдался неврологом (0,770988), родился в срок ($a=0,610374$);

2. Фактор малой перинатальной патологии (0,105% от общей доли дисперсии) объединяющий переменные: наличие токсикоза во время беременности данным ребенком ($a=0,549779$), незначительная недоношенность при рождении (роды в 37 – 39 недель) ($a=0,691278$), наблюдение ребенка неврологом в первый год жизни с диагнозом перинатальная энцефалопатия ($a=0,694481$);

3. Фактор формальной социальной адаптации (5,052 % от общей доли дисперсии) объединяющий переменные: нормальные отношения с одноклассниками ($a=0,808106$), однако со склонностью в характере к раздражительности, конфликтности ($a=0,794225$), с хорошей успеваемостью в школе ($a=0,723281$), либо ребенок на момент обследования в школе не обучался ($a=0,543835$), а к сверстникам в ДДУ не проявлял интереса - играл один ($a=0,491572$);

4. Фактор высоких притязаний и слабой реализации (4,231% от общей доли дисперсии) объединяющий переменные: нормальное общение со сверстниками в ДДУ ($a=0,640340$), хорошее адаптационное поведение в ДДУ ($a=0,630552$), отсутствие конфликтности и драчливости в детском саду ($a = - 0,774509$), охотное начало посещения школы ($a=0,455568$), ярко выраженная такая черта характера, как своенравность,

склонность к завышенному самолюбию ($a=0,505694$) и неудовлетворительная успеваемость в школе ($a=0,435166$);

5. Фактор дизонтогенеза социального развития (3,093% от общей доли дисперсии) объединяющий переменные: стремление к общению со сверстниками в школе ($a = -0,673956$), реализуемое конфликтными ситуациями ($a = 0,671778$), домашнее воспитание до школы ($a = 0,447778$), формирование таких характерологических особенностей в школе, как агрессивность, жестокость ($a = 0,311529$) и вредность ($a = 0,324747$);

6. Фактор социального сиротства (0,155 % от общей доли дисперсии), объединяющий переменные: воспитание в условиях социальной опеки выделены по пяти переменным (условия воспитания ($a=0,83820$) семейное положение ($a=0,75115$), кто занимается воспитанием ребенка ($a=0,85987$), материальное ($a=0,77414$) и социальное положение родителей ($a=0,76905$)), среда пребывания ребенка, где одновременно воспитываться более четырех детей ($a = 0,76366$), смерть матери ($a=0,78532$);

7. Фактор нарушения семейных иерархических ценностей (0,070% от общей доли дисперсии) объединяющий переменные: ребенок воспитывается в полной семье ($a= 0,638041$) (отрицательная корреляция по переменной воспитывается только матерью ($a= - 0,763567$), брак родителей зарегистрирован ($a= 0,589130$) (отрицательная корреляция по переменной родители находятся в разводе ($a= - 0,700321$), в семье оба родителя занимаются воспитанием ребенка ($a= 0,666316$) (отрицательная корреляция по переменной воспитанием занимается мать ($a= -0,656815$), в семье работающая мать (отрицательная корреляция по переменной мать работает не по специальности ($a= - 0,469884$)) и неработающий отец ($a= 0,469722$), с высшим образованием ($a= 0,304475$), материальное положение семья оценивает как благополучное ($a= 0,397602$) (отрицательная корреляция по переменной материальное положение семьи бедствующее ($a= - 0,388294$)). Характер отца гипертимный (отрицательная корреляция по переменной характер отца: гипотимо-ипохондричный ($a= - 0,306809$))

8. Фактор дисгармоничных семейных отношений (0,051% от общей доли дисперсии), объединяющий переменные: ребенок воспитывается матерью и отчимом ($a= 0,316687$) или усыновителями ($a= 0,322220$), в семье всего один ребенок ($a= 0,328397$), (переменная дополняется переменной корреляционной связью - родился первым ребенком в семье ($a= 0,327489$), и отрицательной корреляцией по переменной: родился третьим ребенком в семье ($a= -0,345313$)), воспитанием занимаются не родители ($a= 0,304523$), высокий образовательный уровень родителей (образование матери: высшее ($a=0,522246$), дополняется отрицательной корреляцией по переменной образование матери: среднее ($a= - 0,417995$), образование отца: не средне специальное ($a=-0,301860$)), отношения в семье носят неблагоприятные (отрицательная корреляция по переменной отношение в семье: благополучное ($a=-0,446375$) и переменной асоциальное поведение родителей ($a=-0,390827$), при этом характер матери выражено раздражительный ($a=0,375350$) (дополняется отрицательной корреляцией по переменной характер матери: мягкий ($a= -0,461045$)).

9. Фактор многодетной семьи (0,043% от общей доли дисперсии), объединяющий переменные: ребенок воспитывается в родной семье (отрицательная корреляция по переменной ребенок усыновлен ($a=-0,652798$)), в семье воспитывается трое и более детей ($a=-0,387014$), ребенок с отклоняющимся поведением родился последним в семье ($a=0,303041$), тип воспитания в семье дисгармоничный (отрицательная корреляция по переменной гармоничный ($a=-0,311969$)).

Таким образом, проведенное исследование показало, что в генезе формирования отклоняющихся форм поведения у детей с психическими расстройствами наибольшее значение имеет нормальный социальный онтогенез ребенка, во вторую очередь - это ближайшее окружение, среда воспитания. Органическая несостоятельность нервной системы врожденного генеза имеет наименьшее значение в генезе формирования от-

клоняющих форм поведения у детей. Учитывая данное обстоятельство, формирование превентивной программы профилактики преступности несовершеннолетних должно в первую очередь ориентироваться на создание наиболее благоприятной социальной среды воспитания ребенка.

Литература

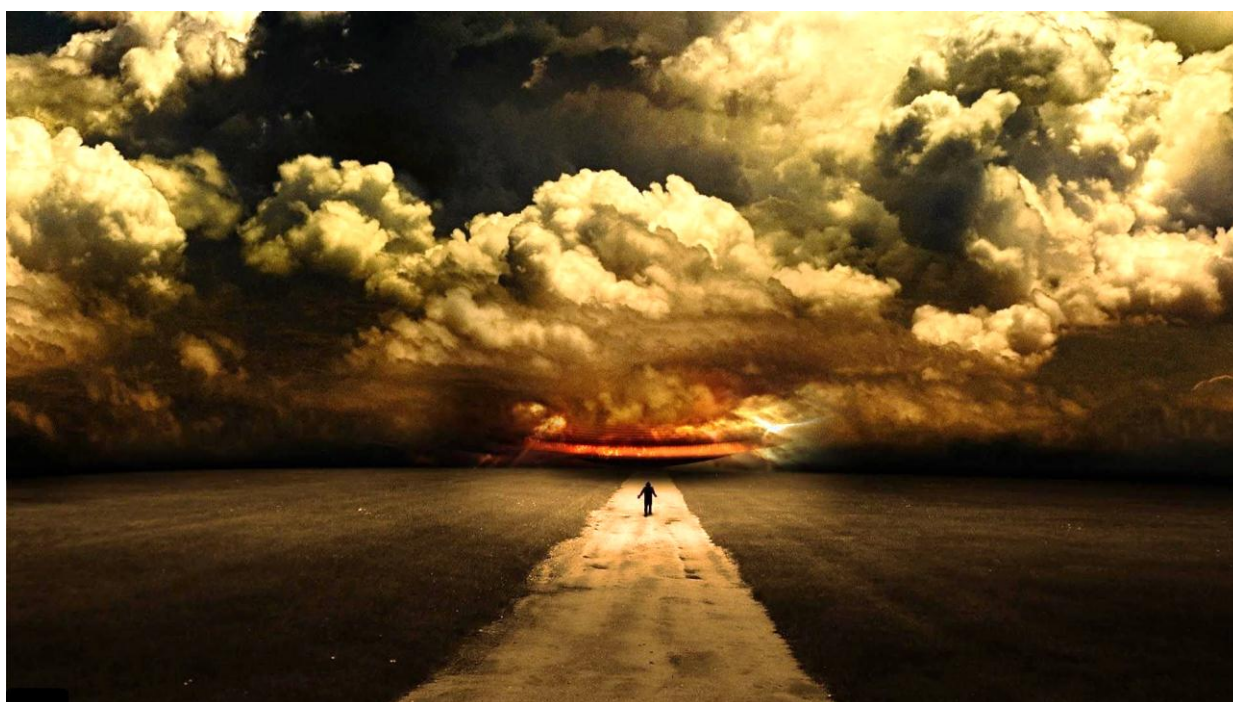
1. Джонгман Э., Бейли С. Информационное письмо европейской ассоциации судебных детских и подростковых психиатров и психологов (EFCAP) //Российский психиатрический журнал. 2000. - № 2. - С. 68-71.
2. Дмитриева Т.Б. Социальная психиатрия в детско-подростковом возрасте: клиническая реальность нашего времени //Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 3. - С. 10-14.
3. Дмитриева, Т.Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения / Т.Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. 2001. - №4. - С. 4-8.
4. Иванова Т.И. Суицидальное поведение у детей с депрессивным расстройством настроения. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007. № 3. С. 34-36
5. Кон И. С. Психология ранней юности. - М., 1989. - 237 с.
6. Личко А. Е. Эти трудные подростки: записки психиатра. - Л., 1983. - 126 с.
7. Масагутов Р.М., Клинико-психопатологические особенности агрессивного поведения несовершеннолетних на криминальном и докриминальном этапах// Автореф. дисс. докт. мед. наук. М, 2003.-40 с.
8. Саркисова И.А. Клиническая и судебно-психиатрическая оценка агрессивного криминального поведения у детей и подростков// Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва, 2003.-23 с.
9. Степанов В. Г. Психология трудных школьников. - М., 1988 - 207 с.
10. Kashani J.H., Darby P.J. Allan WD et al. Intrafamilial homicide committed by juveniles: examination of a sample with recommendations for prevention //J Forensic Sci. 1997. - Vol. 42, N 5. - P. 873-878.
11. Kelton G. M., Shank J.C. Adolescent injury and death: the plagues of accident, self-infliction and violence //Prim Care. 1998. - Vol. 25, N 1. - P. 163-179.
12. Pratt H.D., Greydanus D.E. Adolescent violence: concepts for a new millennium //Adolesc Med. 2000. - Vol. 11, N 1. - P. 103-125.
13. Steiner H., Cauffman E. Juvenile justice, delinquency, and psychiatry //Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 1998. - Vol.7, N 3653-672.

PREDICATES DEVIANT BEHAVIOR IN CHILDREN WITH MENTAL DISABILITIES

Grankina IV

Abstract. The article presents the results of a study of pathogenic factors in the formation of deviant behavior in children with mental disorders, including analysis of the impact of constitutionally-biological, organic disorders and early socialization of the child

Keywords. Children, deviant behavior, factors of formation



КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Плетнёва Т.Г., Баженова М.В.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»

Аннотация. Обследовано 132 ребенка, обнаруживших признаки школьной дезадаптации, проходивших лечение в психиатрическом дневном стационаре для детей и подростков, показаны особенности нарушения поведения в разных клинических группах и возможности их коррекции.

Ключевые слова. Нарушения поведения, школьная дезадаптация, психотерапия, дневной стационар

В последнее время обеспечение благополучного и защищённого детства стало одним из основных национальных приоритетов России. При этом большое значение имеет создание комфортной и доброжелательной для жизни детей обстановки как в семье, так и в условиях образовательных учреждений. Рост пограничных психических расстройств у детей и подростков в связи со школьной дезадаптацией определяет интерес к данной проблеме широкого круга специалистов: психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов.

Данные официальной медицинской статистики и результаты специальных клинико-эпидемиологических исследований фиксируют стойкую тенденцию ухудшения соматического и психического здоровья школьников с выявлением роста пограничной психической патологии. У значительной части обучающихся в общеобразовательных учреждениях детей и подростков обнаруживаются различные заболевания и функциональные расстройства. Среди детей в образовательных учреждениях (в разных регионах РФ) от 22,5 до 71% имеют пограничные психические расстройства. Около 40% страдают психосоматическими расстройствами, более 70% затрудняются в усвоении базовой школьной программы обучения (А.И. Аппенянский, Ю.С. Шевченко, 2011).

В детско-подростковом возрасте преобладающими являются пограничные непсихотические расстройства. В 1991-2012 гг. на фоне снижения численности детского и подросткового населения растет распространенность психических расстройств у детей и подростков (Е.В. Макушкин, Н.К. Демичёва; Н.А. Творогова, 2014), с увеличением доли непсихотических психических расстройств в этот период. Высокая распространённость пограничных психических расстройств существенно влияет на снижение качества жизни детей и подростков. При этом возникают отклонения в психофизическом здоровье, ухудшаются межличностные отношения (семейные, в среде сверстников и др.), снижаются познавательные интересы, нарушается взросление, психологическое развитие, будущее становится неопределённым.

По мнению отечественных психиатров, школьная дезадаптация не является клиническим понятием – это социально-психолого-педагогическое явление, для которого характерна неуспешность ребёнка в обучении, нарушения в поведении и взаимодействии с участниками педагогического процесса (Вострокнутов Н.В., 1995; Каган В.Е., 1995; Дмитриева Т.Б., 1999; Шмакова О.П. 2004). В психиатрической литературе стойкая неуспеваемость в обучении рассматривается как один из основных признаков нарушения социализации ребёнка в школе. «Школьная дезадаптация» - это нарушение приспособления личности школьника к условиям обучения в школе, которое выступает как частное явление расстройства у ребёнка общей способности к адаптации в связи

с какими-либо патологическими факторами (Н.В. Вострокнутов, 2011). Изучение причинно-следственных взаимоотношений в структуре пограничных психических расстройств в связи со школьной дезадаптацией, остаются актуальными на настоящий момент и определяют лечебно-реабилитационные и профилактические мероприятия.

Целью нашего исследования явилась разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий при пограничных психических расстройствах у детей и подростков младшей возрастной группы в связи со школьной дезадаптацией.

Нами было обследовано 132 ребенка/подростка обнаруживших признаки школьной дезадаптации, проходивших лечение в психиатрическом дневном стационаре для детей и подростков в период с 2012 по 2014г.

В основную группу исследования были включены дети и подростки в возрасте от 10 до 15 лет с нарушениями поведения, астеническими проявлениями, эмоциональной лабильностью, колебаниями настроения, невротическими реакциями, лёгкими когнитивными нарушениями. Средний их возраст составил $12,54 \pm 0,004$. Количество детей/подростков мужского пола - 93 (70,5%) пациента, женского пола - 39 (29,5%).

При анализе социально-психологических влияний было выявлено, что 72 пациента (54,5%) воспитывались в полных семьях, 37 (28,0%) в неполных, 14 (10,6%) в семьях с измененной структурой, 9 пациентов (6,8%) были опекаемыми. Кроме того, в семьях детей/подростков, исследованной группы были выявлены различные стили неправильного воспитания со стороны взрослых. В воспитании отмечались проявления как гиперпротекции с излишней опекой, лишением самостоятельности, ограждением от трудностей, так и гипопротекции с недостаточным контролем со стороны родителей. В неполных семьях, в семьях с изменённой структурой такие изменения стилей воспитания встречались чаще.

При распределении пациентов на группы по классам обучения (с 4-го по 9-й) были выявлены следующие особенности. Так, максимальное количество пациентов обучались в 4-м классе - 38 (28,8%), 28 (21,2%) являлись учащимися 5 класса, 27 (20,5%) - 6 класса, 20 (15,2%) - 7 класса, 11 (8,3%) - 8 класса, 8 (6,1%) - 9 класса. Наибольшая обращаемость за помощью в ПДС для детей и подростков приходится на препубертатный период: возраст 10-12 лет (учащиеся 4, 5, 6 классов). Так, в 4-м классе было выявлено 9 чел. с выраженной ШД, 20 - с наличием ШД, 9 чел. - с лёгкими проявлениями ШД. В 5-м классе было выявлено 4 чел. с выраженной ШД, 17- с наличием ШД, 7 чел. - лёгкими проявлениями ШД. В 6-м классе - выявлено 5 чел. с выраженной ШД, 14 - с наличием ШД, 8 чел. - с лёгкими проявлениями ШД. Количественно группы уменьшались равномерно от 4-го к 9-му классу. В 7-м классе выявлено - 2 чел. с выраженной ШД, 16 - с наличием ШД, 2 чел. - с лёгкими проявлениями ШД. В 8-м классе выявлено 4 чел. с выраженной ШД, 6 - с наличием ШД, 1 чел. с лёгкими проявлениями ШД. В 9-м классе - выявлено 3 чел. с выраженной ШД, 4 - с наличием ШД, 1 чел. - лёгкими проявлениями ШД. Таким образом, исследуемые дети/подростки по степени школьной дезадаптации распределились следующим образом: "выраженная дезадаптация" встречалась в 20,5%; "дезадаптация" - 58,3 %; и "легкие проявления дезадаптации" - 21,2% (Мазаева Н.А., Шамова О.А., 2005). При переходе от препубертатного периода в пубертатный отчетливо выявлялось воздействие новых психогенных факторов, способствующих формированию школьной дезадаптации: требования к школьникам повысились, увеличилась школьная нагрузка, появились необходимость в установлении новых межперсональных отношений с разными учителями, в случаях снижения школьной успеваемости уже более выражено снижалась учебная мотивация. Дети/подростки не могли приспособиться к новым условиям обучения, допоздна делали уроки, не высыпались ночью, как следствие утром имели низкую работоспособность, и происходило дальнейшее снижение успеваемости. В более старших классах нарушения поведения становились

более очерченными, чаще отмечалась агрессивность, конфликтность, либо, наоборот, подростки с тормозимыми чертами характера становились объектами насмешек, у них снижалась социальная контактность, нарастали школьные страхи, любая критика, замечания усиливали чувство неполноценности. Постепенно становились более выраженными проявления астенического синдрома. Практически во всех случаях дети и подростки имели ослабленный органический фон.

Как правило, основные формы проявлений школьной дезадаптации были смешанными и состояли из когнитивного, личностного (эмоционально-оценочного) и поведенческого компонентов, представленных в различных сочетаниях. При преобладании когнитивного или познавательного компонента на первый план выступала плохая успеваемость ребёнка/подростка по программам соответствующим возрасту и способностям ребёнка, хроническая неуспеваемость. Когнитивный компонент во многих случаях был тесно связан с личностным и поведенческим компонентами. Так возникновение школьной неуспеваемости становилось значительным невротизирующим фактором, усиливающим тревожность, провоцирующим развитие школьных страхов, протестных реакций и отказа от обучения. Личностный (эмоционально-оценочный компонент) школьной дезадаптации был представлен несформированностью школьной мотивации, постоянными нарушениями эмоционально-личностного отношения к обучению в целом, нарушением социальных контактов с педагогами, одноклассниками. Поведенческий компонент выражался в систематических нарушениях поведения в процессе обучения в школе и дома, отказе от обучения.

Комплексный подход в лечении и реабилитации детей/подростков с пограничными психическими расстройствами в связи со школьной дезадаптацией предполагал наряду с адекватно подобранной психофармакотерапией, использование современных психологических, психотерапевтических, реабилитационных методов работы с детьми, а также психобразовательную помощь родителям и лицам, их заменяющим.

Каждому пациенту проводилась разработка индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий. Исходя из этиологии и патогенеза пограничных психических расстройств в связи со школьной дезадаптацией их лечение было направлено на причины, вызвавшие расстройство; патогенетические механизмы, обуславливающие возникновение и течение расстройства; компенсаторные механизмы, опосредованно способствующие формированию приспособления к продолжающемуся формированию пограничных психических расстройств.

К этиологической терапии можно было отнести лечение последствий перинатальной патологии, перенесённых черепно-мозговых травм, заболеваний, вызвавших длительную астенизацию. К этиологической могут быть отнесены и некоторые методы психотерапии и социально-психологической коррекции состояния у детей и подростков с психогенными расстройствами (например, коррекция внутрисемейных отношений, устранение психотравмирующей ситуации, разъяснение родителям их роли в формировании личности ребенка).

Патогенетическая терапия носила, как правило, неспецифический характер так, как лекарственные средства в психиатрии не являются нозотропными.

Компенсаторная терапия включала различные биологические и социотерапевтические методы, способствующие стимуляции компенсаторных процессов. Компенсаторное влияние при психических заболеваниях оказывают многие лекарственные и психотерапевтические методы – метаболическая и дегидратационная терапия, различные методы психотерапии, психосоциальной реабилитации.

Использование методов психотерапии для коррекции нарушений поведения и эмоций у детей с пограничными психическими расстройствами и школьной дезадаптацией занимало значительное место. Спектр, применяемых в ПДС для детей методик достаточно широк. Критерием проведения психотерапии служило выявление откло-

нений, угрожающих нормальному развитию ребёнка (нарушения поведения – агрессивные поступки, невозможность подчиняться дисциплине, расторможенность, срывы уроков, отказы от обучения; эмоциональная лабильность, отсутствие познавательной мотивации, неустойчивость самооценки, трудности в установлении межличностных контактов, нарушение семейных взаимоотношений, обострение межперсональных конфликтов, страхи (плохой отметки, ответов перед всем классом, подвергнуться осуждению со стороны детей и взрослых и т.д.), вовлечение в компьютерные сообщества с уходом от реальности и т.д.). Перед назначением психотерапии проводилась тщательная диагностика. После чего определялся выбор метода и последовательность психотерапевтического воздействия. Эффективность психотерапевтического воздействия определялась в параметрах достижения личных целей, качественных изменений в жизни ребёнка. Использование психотерапии было направлено на гармонизацию личности ребёнка, раскрытие творческих способностей, его самореализацию.

Семейная психотерапия является областью психотерапии, без которой помощь ребёнку с пограничными психическими расстройствами и школьной дезадаптацией является существенной. При школьной неуспеваемости ребёнку предъявляются непосильные требования, что способствует срыву адаптационных возможностей, невротизации. У многих родителей возникает протест против перевода ребёнка на другой вид обучения, соответствующий его возможностям. Зачастую родители много времени проводят за приготовлением уроков вместе с ребёнком, иногда делая уроки «вместе», то есть «за него», сами «создают» потворствующую гиперпротекцию, тем самым стимулируют развитие психического инфантилизма. У родителей детей с тревожно-мнительными, астеническими чертами часто встречается доминирующая гиперпротекция (ребёнок находится в центре внимания и к нему применяется много ограничений, запретов), что усиливает астенические черты. Частым случаем является и гипопротекция, связанная как с «загруженностью родителей на работе», но чаще с нежеланием вникать в проблемы детей с возложением всех «образовательных» обязанностей на учителей. В данном случае формируются неустойчивые черты характера с последующим патохарактерологическим формированием личности и разного рода нарушениями поведения.

Часто коррекции требуют те случаи, когда сопротивление родителей неблагоприятным проявлениям характера ребёнка или подростка вызывают усиление этих проявлений. И в некоторых случаях без применения психофармакотерапии первично, трудно выйти на конструктивную модель психотерапии. Так при эпилептоидных чертах у детей с резидуально-органическими расстройствами, сопротивление родителей их притязаниям приводит к усилению агрессии, злобы, родители вынуждены отступить. Дети с истероидными чертами характера при игнорировании их всеми способами добиваются своего. И в каждую ситуацию необходимо вникнуть, как с психотерапевтической, так и с психиатрической точки зрения, найти наиболее оптимальный для ребёнка и семьи вариант. Часто слабым звеном является сама личность родителя, родители идут «на поводу» у детей, боятся упрямства, сопротивления, ведь часто такие нарушения происходят прилюдно и родители уступают детям. Что порождает порочный круг неправильного поведения, который и следует «разорвать» психотерапевту. Особые случаи для семейной психотерапии представляют собой семьи с алкоголизацией одного из членов, с постоянными напряжёнными семейными отношениями.

Ключевым для рациональной психотерапии считался метод логического убеждения с использованием таких приёмов, как объяснение и разъяснение, убеждение и эмоциональное воздействие, переориентация интересов и ценностей, обучение адекватному поведению. При этом исследуется и проводится коррекция психологических установок ребёнка, его выбор, который он делает в различных ситуациях. Неторопливость, доброжелательность, искренность бесед помогают достичь эмпатии с пациен-

том. При этом врачу надо проявить такт и позитивность взглядов, быть последовательным в своих высказываниях, поощрять развитие самоуважения, честности, доброты и других положительных качеств у ребёнка или подростка. Показаниями к рациональной психотерапии являлись невротические нарушения, фобии, психастенические проявления, отклонения в поведении. Достоинством данного метода является то, что пациент сам занимает активную позицию.

Бихевиоральная (поведенческая) психотерапия тесно связана с рациональной и включает в себя различные виды научения. Используется у детей с гиперактивностью, импульсивностью, нарушениями внимания, эмоциональной лабильностью, трудностями в освоении школьных навыков. Подход при этом виде психотерапии больше симптоматический. Основная цель – повысить самоконтроль и самодисциплину ребёнка. При проведении поведенческой психотерапии проводится анализ факторов, влияющих на нарушение поведения конкретного ребёнка, определяется поведенческая мишень. С помощью действенных стимулов (похвала, подарок и т.д.) поведение, приводящее к положительному результату закрепляется, и наоборот, не приводящее к нему, ослабляется. При этом могут быть использованы и «наказания», такие как лишение какого-либо удовольствия, запрет на приятную деятельность, смена дружеского тона на официальное обращение и т.д.

Гипносуггестивная терапия используется в комплексном лечении психических расстройств непсихотического характера. Показаниями к её применению служат энурез, энкопрез, нарушения сна, страхи, соматоформные, эмоциональные и поведенческие расстройства. К противопоказаниям относятся шизофрения, эпилепсия, чувство страха перед сеансом, выраженные гиперкинетические нарушения. Гипносуггестивная терапия в отделении проводится в группе 8-10 человек и индивидуально. Формула внушения выбирается в зависимости от клинической картины и возраста пациента.

Групповая динамическая психотерапия в отделении проводилась с детьми/подростками среднего школьного возраста. Метод основан на использовании в той или иной форме эффектов групповой динамики. Дети/подростки в ходе групповой психотерапии начинают оценивать своё поведение с точки зрения окружающих, получают обратную связь, что способствует формированию новых моделей поведения.

Целью арт-терапии для детей/подростков с пограничными психическими расстройствами и школьной дезадаптацией явилось развитие самовыражения и самопознания ребёнка через творчество. Важнейший принцип арт-терапии – одобрение и принятие изобразительной деятельности ребёнка. Использование различных психотерапевтических техник облегчает контакт, способствует отреагированию различных эмоциональных состояний, побуждает ребёнка/подростка к переходу на активную жизненную позицию, облегчает вербализацию переживаний связанных как с проблемами в семье, так и со школьными трудностями. Арт-терапия позволяет гармонизировать личность, способствует реализации возможностей ребёнка, повышает самооценку.

Таким образом, нарушения поведения и эмоций в детском/подростковом возрасте часто связаны со школьной дезадаптацией; наибольшая обращаемость за помощью в ПДС для детей и подростков приходилась на препубертатный период (10-12 лет); основные формы школьной дезадаптации были смешанными и состояли из когнитивного, личностного (эмоционально-оценочного) и поведенческого компонентов, представленных в различных сочетаниях. Комплексный подход в лечении и реабилитации детей/подростков с пограничными психическими расстройствами в связи со школьной дезадаптацией предполагал наряду с адекватно подобранной психофармакотерапией, использование современных психологических, психотерапевтических, реабилитационных методов работы с детьми, а также осуществление психообразовательной помощи родителям и лицам, их заменяющим. Критерием проведения психотерапии служило выявление отклонений, угрожающих нормальному

развитию ребёнка с определением метода и последовательности воздействия. Эффективность психотерапевтического воздействия определялось в параметрах достижения личных целей, качественных изменений в жизни ребёнка. Использование психотерапии было направлено на гармонизацию личности ребёнка, развитие адаптационных механизмов, раскрытие творческих способностей, его самореализацию.

Литература

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., «Медицина», 1993. – 398 с.
2. Гордеев, В.И.; Александрович, Ю.С. Качество жизни (QOL). Новый инструмент оценки развития детей. СПб., Речь, 2001. – 199 с.
3. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста, М., «Медицина», 1995. – 559 с.
4. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 1000 с. Ил.
5. Шевченко Ю.С. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков, СПб.: Речь, 2003. -552 с.
6. Шевченко Ю.С. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов/ Под ред. Ю.С. Шевченко. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2011 – 928 с.
7. Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия. Учебник. СПб: Питер, 2005. – 1120 с.
8. Омская психиатрия: История и современность. Сборник научно-практических трудов, посвящённый 110-летию Омской клинической психиатрической клиники. – Омск, 2007. – 232 с.
9. Материалы 1 Межрегиональной научно-практической конференции «Психосоматические и пограничные нервно-психические расстройства в детском и подростковом возрасте» (Новосибирск 4-6 марта, 2008 г.)/ Научный редактор Северный А.А. – Новосибирск, 2008 г. – 156 с.

CORRECTION EMOTIONS AND BEHAVIOR DISORDER IN CHILDREN WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS AND SCHOOL EXCLUSION IN A PSYCHIATRIC DAY CLINIC FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Pletneva TG, Bazhenov MV

Abstract. A total of 132 children, found signs of school exclusion treated in a psychiatric day hospital for children and adolescents, shows the features of conduct disorder in different clinical groups and their possible correction.

Keywords. Behavioral disorders, school maladjustment, psychotherapy for children, day care



Лечение психических расстройств

УДК. 616.89

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

Петрова А.И., Кисляк З.В., Прокаева О.И., Могиль О.В., Степанкина Т. П.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. Проведен анализ психосоциальной реабилитации в отделении принудительного лечения пациентов с психическими расстройствами. Современные виды психиатрической помощи обязательно включают в качестве эффективной технологии психосоциальную терапию и реабилитацию пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом отделении специализированного типа.

Ключевые слова. Психосоциальная реабилитация, принудительное лечение психических больных.

Продолжается тенденция к расширению за счет психосоциальной терапии поля деятельности психиатров, что способствует улучшению терапевтического климата в стационарных психиатрических учреждениях. Комбинацию психосоциальной терапии, реабилитационных мероприятий и комплексной фармакотерапии можно рассматривать как подход к повышению качества лечения психических расстройств и качества жизни пациентов. Эволюция взглядов на клиническую и социальную обусловленность общественно опасных деяний находит отражение в практике принудительного лечения психически больных. На смену традиционным подходам к терапии, которые сводились к изоляции и медикаментозному лечению, в отделении в течение последних лет внедрены новые формы и методы лечебно-реабилитационной работы. Задачей психиатрического отделения принудительного лечения специализированного типа является восстановление социального статуса пациентов, обеспечение наиболее безболезненного выхода в общество, а также помощь пациенту в осознании им социальных ценностей и удовлетворении его социальных потребностей, возвращения пациентов к общественно-полезной жизни в семье, коллективе и профилактика общественно-опасных действий. В этом сообщении представлен опыт организации психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в период принудительного лечения в 11 психиатрическом отделении принудительного лечения специализированного типа БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова».

11 отделение открыто в 1989 году, рассчитано на 55 коек. В нем стабильно работает 28 сотрудников. С 2006 года функционирует полноценная полипрофессиональная бригада в составе: врачи, клинический психолог, специалист по социальной работе, медицинские сестры. В отделении преобладают пациенты молодого и среднего возраста, страдающие шизофренией (до 70%), умственной отсталостью (до 20%), органическими психозами (до 10%). Превалирует психопатоподобная симптоматика в рамках всех нозологических форм с расстройством влечений. Большинство пациентов коморбидные по алкогольной зависимости, в меньшей степени по употреблению других психо-

активных веществ, с негативной симптоматикой, когнитивным дефицитом, богатым криминальным опытом, много неграмотных. Из года в год практически не меняется количество тяжелых статей против личности, (убийства, причинение тяжких телесных повреждений) – до 25%; практически на одном уровне остаётся количество пациентов, совершивших кражи, грабежи, разбой; за хранение и сбыт наркотических средств в отделении находятся единичные пациенты. Наибольшее количество преступлений совершается в состоянии алкогольного опьянения по негативно-личностному механизму - до 90%, по продуктивно-психотическому - до 10%. Всем пациентам проводится комплексная психофармакотерапия в основном классическими нейрорепрессантами, в том числе пролонгированного действия, а также более чем у трети пациентов отделения проводится по клиническим показаниям лечение нейрорепрессантами-атипиками и современными антидепрессантами.

Комплексная психофармакотерапия проводится в сочетании с психосоциальной терапией, реабилитационными мероприятиями, включающими занятия пациентов в коммуникативно-активирующей, психообразовательных группах, тренинг социальных навыков, трудо-, библио-, арттерапию, инструментальную поддержку. Подбор пациентов определяет тематику групповых дискуссий. С учетом специфики контингента на групповых занятиях обсуждаются такие вопросы, как взаимосвязь правонарушений и заболевания, повышение ответственности за свое поведение, возможные способы компенсации и совладания. Много внимания уделяется формированию адаптивных способов и навыков межличностного взаимодействия. Одной из центральных задач индивидуальной и групповой работы является постепенное уменьшение деструктивных агрессивных проявлений поведения пациента. В отделении осуществляется психообразовательная программа, в ходе реализации которой, пациенты и их родственники получают доступную им информацию о психических расстройствах, приобретают опыт групповой поддержки и помощи. У них формируется мотивация на продолжение участия в психосоциальной реабилитации.

Психообразовательные группы являются закрытыми, занятия проводятся с каждой группой один раз в неделю полипрофессиональной бригадой в разном составе. В целях коррекции проявлений госпитализма и социальной дезадаптации медицинские сестры и специалист по социальной работе проводят тренинги социальных навыков у пациентов. Длительное пребывание пациентов в стационаре делает особенно актуальной проблему формирования терапевтической среды и предполагает необходимость проведения различных досуговых мероприятий для поддержания повседневной активности пациентов. Для организации досуга в отделении имеются настольные игры, спортивный инвентарь, в том числе шведская стенка, теннисный стол; а также магнитофон, телевизор, DVD-плеер с караоке, гармонь, гитара, библиотека, видеотека и др.

С реабилитационной целью пациенты имеют возможность пользоваться индивидуальными радиоприемниками, плеерами, СМИ, электронными книгами без функции аудио-, видеозаписи, а также возможность еженедельно звонить родственникам по разрешению и под контролем врача по отделенческим городскому и сотовому телефонам. В отделении имеется список запрещенной «террористической» литературы, а также ответственный за работу библиотеки и видеотеки. Проводятся турниры пациентов по шашкам, нардам с награждением победителей на общем собрании. На специальных стендах помещаются информационные материалы, поздравления, результаты спортивных соревнований. Кроме того, в трудовой терапии участвуют более 10 пациентов ежедневно в основном по самообслуживанию, на хозяйственных работах.

В соответствии с правилами внутреннего распорядка дня для пациентов отделения принудительного лечения специализированного типа, утвержденными приказом

главного врача больницы, прогулки пациентов проводятся ежедневно на специально оборудованной с целью предотвращения побегов, других общественно-опасных действий пациентов, прогулочной площадке отделения в сопровождения санитаров и охранников. Посещение пациентов родственниками и знакомыми в соответствии с внутренним распорядком дня разрешено в помещении отделения в присутствии дежурной медицинской сестры и охраны. Список посетителей оговаривается в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство. Приобретение личных вещей, предметов гигиены для пациентов, утративших социальные связи, по их письменному заявлению осуществляется специалистом по социальной работе отделения один раз в 2 недели на пенсионные деньги, которые получает она же по доверенности от пациентов ежемесячно.

Пациенты имеют право получать от родственников на свидании газеты и журналы, читают их, передавая друг другу. Кроме того, специалистом по социальной работе, медицинским персоналом организуется просмотр телепередач, чтение группам пациентов интересных статей в СМИ с их последующим обсуждением. Активно работает Совет самоуправления пациентов.

В отделении большинство пациентов нуждается в инструментальной поддержке. Специалистом по социальной работе восстанавливаются утраченные документы, гражданство РФ, в пенсионном фонде оформляются впервые назначенные пенсии, переводятся на счет в сберегательный банк. Врачами отделения активно восстанавливаются утраченные социальные связи пациентов. 1 пациенту по судебному решению было восстановлено право на получение квартиры по льготной очереди, как бывшему ребенку-инвалиду. Организовано обучение грамоте и счету неграмотных пациентов. С ноября 2012г. отделение регулярно посещает православный священник. Совершаются религиозные обряды, что значительно смягчает нравы пациентов отделения. Так же регулярно пациенты совместно с пациентками женских отделений участвуют в проведении праздничных, спортивных мероприятий, дискотек, в творческих конкурсах. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что современные виды психиатрической помощи обязательно включают в качестве эффективной технологии психосоциальную терапию и реабилитацию пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом отделении специализированного типа.

FEATURES OF PSYCHOSOCIAL THERAPY IN THE PSYCHIATRIC HELP OF COMPULSORY TREATMENT SPECIALIZED TYPE

Petrova AI, Kislyak ZV, Prokaeva OI, Dirge OV, Stepankina TP

Abstract. The analysis of psychosocial rehabilitation in the department of compulsory treatment of patients with mental disorders. Modern mental health services necessarily include as an effective technology psychosocial treatment and rehabilitation of patients undergoing compulsory treatment in the psychiatric ward of a specialized type.

Keywords. Psychosocial rehabilitation, compulsory treatment of mental ill patients.

ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Пильщик А.Б., Коломбет О.О

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. Стратегия при оказании скорой психиатрической помощи состоит в обеспечении безопасности пациента, окружающих и медперсонала, предотвращении нанесения больным возможного вреда, и том числе предотвращении самоубийства, самоповреждения и проявления агрессии к окружающим. Целью догоспитального этапа является снижение интенсивности болезненных проявлений, позволяющее обеспечить доставку больного в стационар и проведения первичного обследования дежурным психиатром.

Ключевые слова. Неотложная психиатрическая помощь.

В оказании неотложной психиатрической помощи регламентируется: статьями 11, 16, 29,30 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Приказом МЗ РФ и МВД РФ “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами” (№ 133/269 от 30.04.1997 года), Приказом МЗ РФ «О скорой психиатрической помощи» (№ 108 от 08.04.1998 года).

Как следует из текста Комментария к статье 16 Закона, “...под неотложной психиатрической помощью понимают комплекс мероприятий, направленных на оказание экстренной помощи больным, находящимся либо в состоянии острого психоза, нередко сопровождающегося помрачением сознания, возбуждением, выраженными эмоциональными расстройствами, растерянностью, образным бредом, обманами восприятия (галлюцинациями), либо обнаруживающим, хотя и хроническое, но тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает в данное время их опасность для себя или для окружающих...”.

Практика работы врачом бригады скорой психиатрической помощи показывает, что непосредственным поводом к вызову скорой психиатрической помощи обычно служит возбуждение больного. Возбуждение является одним из проявлений болезни, «узловой» ее точкой, в которой проявляются специфические для каждого заболевания особенности. Аффективная «окраска» возбуждения позволяет судить, на сколько остро протекает само заболевание. Яркое выраженное, аффективно окрашенное возбуждение, свойственное остро протекающим расстройствам, прогностически более благоприятно и лучше поддается купированию.

Медицинская помощь при неотложных состояниях в психиатрии заключается по показаниям в следующем: физическом удержании, фиксации пациента, фармакотерапии, доставке в специализированный психиатрический стационар.

Важную роль играет доступность скорой медицинской помощи, в том числе специализированной скорой психиатрической помощи.

Общая стратегия при оказании скорой помощи состоит в обеспечении безопасности его, окружающих и медперсонала, предотвращении нанесения больным возможного вреда, и том числе предотвращении самоубийства, самоповреждения и проявления агрессии к окружающим.

Целью догоспитального этапа является снижение интенсивности болезненных

проявлений, позволяющее обеспечить доставку больного в стационар и проведения первичного обследования дежурным психиатром.

Возбуждение – сложное патологическое состояние, оно складывается из отдельных компонентов: речевого, двигательного, психического (ускоренного типа ассоциаций), растерянности, тревоги, страха, бреда. Состояния возбуждения неспецифичны и их клинико-психопатологическое своеобразие сохраняется лишь до известной степени. Нарастание возбуждения стирает различия между отдельными его типами, оно может становиться хаотичным, мышление бессвязным, аффект достигает максимальной напряженности. Возбуждение ведет к значительным метаболическим изменениям, расходованию энергетических и пластических ресурсов организма, вторичной гипоксии мозга, способствует развитию декомпенсации и острых расстройств сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем.

В условиях скорой помощи часто встречается состояние возбуждения, развившиеся на фоне острой черепно-мозговой травмы, острых нарушений мозгового кровообращения, прекоматозных состояний, экзогенных отравлений и эндогенных интоксикаций.

Недооценка соматического состояния в этих случаях может привести к неправильным тактическим действиям, в результате которых больной, нуждающийся в экстренной терапевтической, хирургической и других видах помощи, получит ее с большим опозданием. Неправильное представление о причине возбуждения может повлечь за собой использование слишком больших доз психотропных препаратов, что приведет к значительным, иногда критическим расстройствам жизненно важных функций или извращению клинической картины.

Купирование возбуждения у психически больного – это начало его лечения не зависимо от того, будет ли больной госпитализирован или оставлен на месте.

Отделение скорой психиатрической помощи существует при нашей больнице более тридцати лет. За это время сложился высокопрофессиональный, грамотный коллектив. Многолетний опыт работы позволил разработать основные принципы купирования возбуждения в условиях скорой психиатрической помощи, которые используют в своей работе наши врачи. Квалифицируют тип возбуждения, его место в структуре основного синдрома, основные компоненты возбуждения. Определяют уровень расстройства и выбирают препараты в соответствии их действия уровню расстройства. Оценивают соматическое состояние больного, дозы препаратов и путь их введения выбирают в зависимости от соматического и физического состояния больного. Назначают ударные дозы (максимально допустимые при разовом применении) – это позволяет достичь максимального эффекта за минимальный срок. Назначают симптоматическую терапию в зависимости от причин от причин возбуждения. Для профилактики ортостатических осложнений одновременно с психотропными средствами вводят кордиамин или другие аналогичные препараты.

Каждый психотропный препарат имеет свой спектр активности, включающий общее антипсихотическое действие (воздействие на психоз в целом, обрывающее психоз действие) и избирательное действие на отдельные «симптомы-мишени» (тревогу, страх, галлюцинации, бред, кататонические расстройства и другие). Хотя по спектру активности психотропные средства адресуются к психическому уровню расстройств, все они соматотропны, так как воздействуют на различные органы и системы организма.

Препараты, эффективно действующие на психотическом уровне расстройств (нейроплегика и нейролептики): 1-я группа – обладающие общим седативным (успокаивающим, купирующим возбуждение) действием – аминазин, тизерцин, хлорпротек-

сен, пропазин. 2-я группа – избирательно воздействующие на галлюцинации и бред – триседил, галоперидол, 3-я группа – оказывающие общее антипсихотическое действие – галоперидол, аминазин, хлорпротексен, тизерцин, пропазин. 4-я группа – обладающие общим антипсихотическим эффектом – стелазин, мажептил, френолон, триседил.

Препараты эффективные преимущественно при невротическом уровне расстройств и при невротических синдромах в рамках психотических состояний (транквилизаторы) – феназепам, седуксен, реланиум, эуноктин, оксibuтират натрия (ГОМК).

При купировании возбуждения с целью «психофармакологического связывания» предпочтительны комбинации 1-й и 2-й групп (общеседативное действие препаратов 1-й группы углубляется и усиливается за счет частичной редукции галлюцинаций и бреда препаратами 2-й группы). Для обрыва психоза в условиях скорой психиатрической помощи на амбулаторных этапах применяются препараты 3-й и 4-й групп, одновременно назначается психокорректор – циклодол.

Наиболее оптимальный путь введения препаратов при купировании возбуждений – внутримышечный, хотя иногда можно использовать и другие – внутривенный, пероральный, прямокишечный.

Дозы психотропных средств для купирования возбуждения могут определяться типом возбуждения. Выбор дозы зависит от общего функционального фона, на котором возникло возбуждение. В тех случаях, когда возбуждение возникло как проявление декомпенсации психического заболевания (больной соматически здоров), для его купирования могут быть максимальные дозы. В случаях возбуждения, являющихся следствием глубоких метаболических расстройств (интоксикации, тяжелые инфекции и др.), необходимо уменьшить дозу или даже отказаться от сильнодействующих нейролептиков и ограничиться применением «малых» транквилизаторов и седативных средств.

Окончательную формулировку диагноза заболевания и определения ведущего синдрома проводят в психиатрической больнице, куда больных доставляют после оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

FEATURES OF PSYCHIATRIC EMERGENCY

Pilschik A.B. , Kolombet O.O.

Abstract. The strategy for the provision of emergency psychiatric care is to ensure patient safety, medical staff and others, prevent the causing possible harm to patients, and including the prevention of suicide, self-injury and aggression towards others. The aim is to reduce prehospital intensity of symptoms of the illness can take the delivery of hospital and primary examination of the duty psychiatrist.

Keywords. Psychiatric emergency.

Клиническая психология

УДК: 376

ДИНАМИКА УЧЕБНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Четверикова М.В.*ФГ БОУ ВПО «Омский государственный технический университет»,
кафедра "Психология труда и организационная психология"*

Аннотация. Проблема формирования специальных условий обучения помощи больным с психическими расстройствами актуальна в современной системе высшего образования. Обследован 151 студент с психическими расстройствами (шизофренические, органические, аффективные). Показана динамика основных показателей учебной эффективности в течении первых трех лет обучения.

Ключевые слова. Психические расстройства, студенты, учебная эффективность, адаптация.

В настоящее время происходят существенные изменения в базовых подходах к профессиональной подготовке студентов высших учебных заведений. Общий тренд современной высшей школы в Российской Федерации предполагает, что результатом системы высшего профессионального образования становится специалист, в деятельности которого помимо требований, предъявляемых его рабочим местом и характером решаемых им производственных задач и необходимых для их актуализации знаний и умений должен обладать специфическими социальными и психологическими качествами личности, обеспечивающие эффективность реализации первых двух аспектов его деятельности. Особую актуальность приобретает проблема формирования специальных условий обучения помощи больным с психическими расстройствами (А.С.Дороднова, 2006; 4. Kane J.M., 1996, McGlashan T. H., 1998). Данные состояния в первую очередь затрагивают социальные аспекты жизни личности, они проявляется нарастанием замкнутости, неуверенности в себе, страхом перед окружающей действительностью и неумением адекватно ее оценить, утратой эмоциональных контактов, социальных навыков. В конечном счете, все это приводит к выпадению таких людей из общества, что еще больше способствует психосоциальным проблемам, связанных с болезнью. Чаще активный период психических расстройств, прежде всего – эндогенного характера, приходится на молодой возраст у лиц, изначально имевших высокий социальный потенциал, нередко превышающий популяционный.

С целью выявить особенности учебного и социального функционирования у студентов с психическими расстройствами нами были обследованы 151 респондент мужского (69,3%) и 67 респондент женского пола (30,7%) в возрасте от 18 до 26 лет, проходящих обучение в вузах г. Омска. Отобранные респонденты были разделены на три подгруппы согласно текущему диагнозу.

Группа F2. Студенты с диагнозами шизофренического спектра – 67 человек (30,7%).

Группа F3. Студенты с диагнозами аффективного спектра – 84 человека (38,5%).

Группа F0. Студенты с диагнозами органического спектра – 67 человек (30,7%).

В контрольную группу были включены 63 респондента без обращений в психиатрическую клинику в анамнезе – 30 мужчин (47,6%) и 33 женщины (52,4%).±

В ходе исследования респонденты экспериментальной и контрольной групп прошли комплексное экспериментально-психологическое обследование. В настоящее сообще-ние нами включены данные о динамике учебной эффективности в вузе.

Первой используемой методикой была «Диагностика социально-психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда в адаптации Т.В. Снегиревой, результаты которой приведены в таблице 1.

Таблица 1					
<i>Относительные показатели адаптации студентов с психическими расстройствами (%)</i>					
Курс обучения	Экспериментальная группа				Контрольная группа
	Группа F2	Группа F3	Группа F0	Сред. показатель	
I курс	36,2±4.8	44,1±5.4	46,9±3.8	42,4±4.9	43,8 ±4.8
I курс	33,7±4,5	75,2±6.9	44,1±4.5	51,0±5.0	79,2 ±8.4
I курс	29,8±3,5	80,7±8,4	48,7±3,6	53,1±4,6	84,8 ±7,6
Всего	33,2±3,4	66,6±5,8	46,5±4,8	48,8±4,6	69,3±6,8

Средний показатель социально-психологической адаптации по экспериментальной группе составляет 48,8±4,6, что ниже среднего показателя по контрольной группе (69,3±6,8 при $p < 0.01$). Стоит также отметить, что данный показатель по экспериментальной группе стабильно ниже на всех трех курсах. Так на первом курсе средний показатель адаптации по экспериментальной группе составляет 42,4±4,9, тогда как по контрольной – 43,8±4,8 ($p < 0.01$), что несколько превышает данные по экспериментальной. На втором курсе разрыв становится более очевидным – 51,0±5,0 по экспериментальной и 79,2±8,4 по контрольной ($p < 0.01$). Максимальный разрыв фиксируется при изучении студентов третьего курса – 53,1±4,6 по экспериментальной группе против 84,8±7,6 по контрольной ($p < 0.01$). Хотя в целом средние показатели адаптации по экспериментальной группе становятся несколько больше к третьему курсу, данная динамика свидетельствует о замедленном темпе процессов социально-психологической адаптации у студентов, страдающих психическими заболеваниями. Следует указать, что респонденты контрольной группы при этом демонстрируют стабильный рост показателя адаптации.

Также следует отметить различия динамики подгрупп. Респонденты подгруппы 1, страдающие расстройствами шизофренического спектра, демонстрируют снижение показателей. Так на первом курсе средний показатель адаптации составляет 36,2±4,8, на втором – 33,7±4,5, на третьем 29,8±3,5 (минимальный показатель по выборке), что может быть связано с нарастанием негативной симптоматики и когнитивного дефицита. Респонденты подгруппы 2, страдающие расстройствами аффективного спектра, демонстрируют показатели, сопоставимые с показателями контрольной группы. Так на первом курсе средний показатель адаптации составляет 44,1±5,4, что даже несколько превышает результаты контрольной группы, на втором и третьем курсах показатели составляют 75,2±6,9 и 80,7± 8,4 соответственно, что, хоть и несколько ниже показателей по контрольной группе, но сопоставимо как по динамике, так и по уровню. Респонденты подгруппы 3, страдающие расстройствами органического спектра, демонстрируют наивысшие показатели по выборке на первом курсе (46,9±3,8), однако на втором и третьем курсах особой динамики не отмечается – 44,1±4,5 и 48,7±3,6 соответственно, что может быть объяснено определенными ограничениями возможностей со-

циально-психологической адаптации данной группы респондентов.

В целом же средние показатели по подгруппам 1, 2 и 3 ниже показателя контрольной группы ($69,3 \pm 6,8$). Наиболее высокий показатель адаптации демонстрирует подгруппа респондентов, страдающих аффективными расстройствами ($66,6 \pm 5,8$), наиболее низкий – подгруппа респондентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Разнятся данные по результатам прохождения методики «Тест-опросник удовлетворенности учебной деятельностью» Л.В. Мищенко (таблица 2).

Таблица 2					
Удовлетворенность учебной деятельностью студентов с психическими расстройствами					
Курс обучения	Экспериментальная группа				Контрольная Группа
	Группа F2	Группа F3	Группа F0	Сред. показатель	
I курс	$2,6 \pm 0,2$	$3,9 \pm 0,3$	$2,7 \pm 0,3$	$3,1 \pm 0,3$	$3,7 \pm 0,5$
I курс	$2,8 \pm 0,3$	$3,6 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,2$	$2,9 \pm 0,3$	$2,4 \pm 0,3$
I курс	$2,8 \pm 0,2$	$3,7 \pm 0,3$	$1,3 \pm 0,1$	$2,6 \pm 0,2$	$3,4 \pm 0,4$
Всего	$2,7 \pm 0,2$	$3,7 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,2$	$2,9 \pm 0,3$	$3,2 \pm 0,4$

Средний показатель уровня удовлетворенности учебной деятельностью в экспериментальной группе несколько ниже, нежели в контрольной ($2,9 \pm 0,3$ и $3,2 \pm 0,4$ балла соответственно, $p < 0,01$), но оба соответствуют среднему уровню по общей выборке. Удовлетворенность учебной деятельностью в экспериментальной группе ниже, чем в контрольной на первом ($3,1 \pm 0,3$ и $3,7 \pm 0,5$ балла соответственно, $p < 0,01$) и третьем курсах ($2,6 \pm 0,2$ и $3,4 \pm 0,4$ балла соответственно), но несколько выше на втором ($2,9$ и $2,4$ балла соответственно, $p < 0,1$).

Респонденты подгруппы 1, страдающие расстройствами шизофренического спектра, демонстрируют относительно стабильные показатели удовлетворенности учебной деятельностью на всех трех курсах. Респонденты подгруппы 2, страдающие расстройствами аффективного спектра, стабильно демонстрируют самые высокие показатели по выборке, превышающие показатели контрольной группы и средние показатели по общей выборке и в целом оценивают свое обучение как протекающее благополучно. На первом курсе показатель удовлетворенности учебной деятельностью составляет $3,9 \pm 0,3$ балла и является максимальным по выборке. Респонденты подгруппы 3, страдающие расстройствами органического спектра, демонстрируют стабильно снижающиеся показатели удовлетворенности учебной деятельностью, оценивая свою учебную деятельность на втором и третьем курсах как неблагополучную. Показатель третьего курса является наименьшим по выборке.

Также нами были проанализированы данные академической успеваемости респондентов (Рисунок 1).

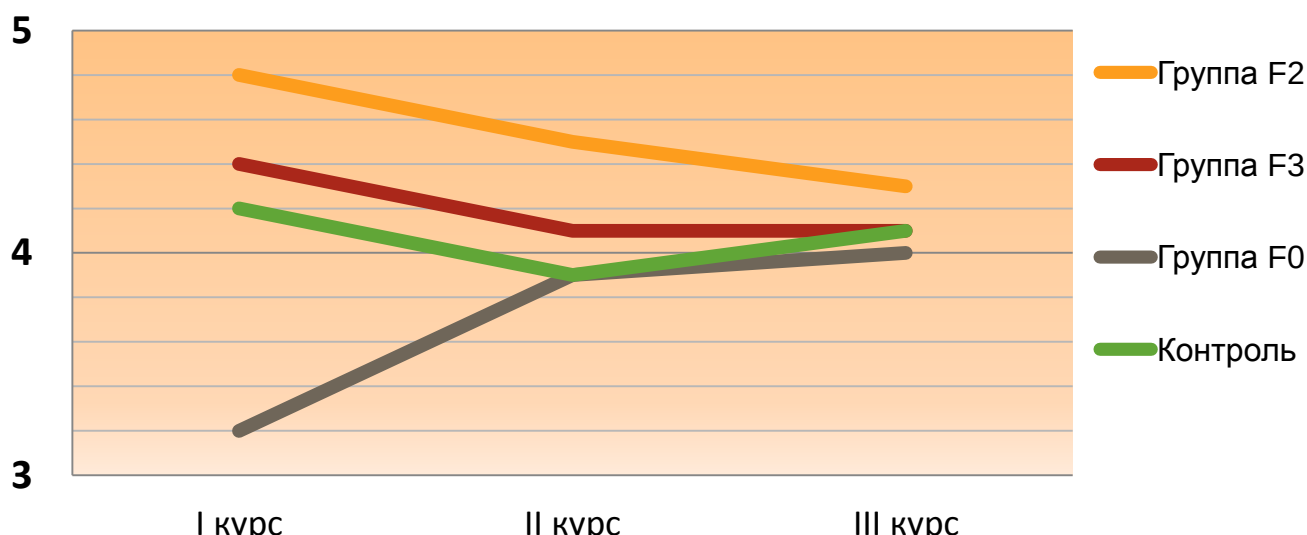


Рисунок 1. Академическая успеваемость (средний балл) студентов с психическими расстройствами

Средний балл академической успеваемости в экспериментальной группе составляет 4,1, что незначительно выше среднего балла контрольной группы. Стоит также отметить, что данный показатель экспериментальной группы сопоставим с показателем контрольной группы на всех трех курсах.

Респонденты подгруппы 1, страдающие расстройствами шизофренического спектра, демонстрируют стабильно высокий средний балл по сравнению с контрольной группой. На первом курсе он составляет максимальное значение по выборке, однако несколько снижается на втором и третьем курсах. Подобные данные могут быть объяснены изначально высоким уровнем интеллекта, свойственным больным данной группы, и затем – негативной динамикой заболевания. Респонденты подгруппы 2, страдающие расстройствами аффективного спектра, на первом и втором курсах демонстрируют показатели, превышающие показатели контрольной группы, а к третьему курсу выравниваются с ней. Респонденты подгруппы 3, страдающие расстройствами органического спектра, демонстрируют самые низкие показатели по выборке на первом курсе, однако на втором и третьем курсах также выравниваются, хотя показатели остаются ниже показателей контрольной группы.

Литература

1. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 14.10.2014) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
2. Закон РФ 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
3. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами. – Дисс. к.м.н. – М, 2006. – 145 с.
4. Kane J.M. Schizophrenia. // New England Journal of Medicine. - 1996. – Vol. 334. – P. 34-41.
5. McGlashan T. H. Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research // Br. J. Psychiatry. – 1998. –Vol. 172, Suppl. 33. – P. 3–6.

DYNAMICS OF THE EDUCATIONAL EFFECTIVELY THE STUDENTS WITH MENTAL DISORDERS Chetverikova M.V.

Abstract. The problem of formation of special conditions of education care to patients with mental disorders is relevant in today's higher education system. The study included 151 students with psychic-cal disorders (schizophrenic, organic, affective). The dynamics of the main show-teley training effectiveness during the first three years of study.

Keywords. Mental disorders, students, educational effectiveness, adaptation.

РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПАРАДИГМЫ

Гетман Н.А.

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Аннотация. В статье проанализированы условия реализации компетентностного подхода в медицинском вузе. Предлагаются пути реализации данного подхода в практике, соотносимые с общими задачами модернизации российского образования. Рассмотрены изменения требований к преподавателю вуза, которые связаны со многими факторами, такими как продвижение информационных и инновационных технологий в образовательный процесс системы высшего профессионального образования, что потребовало от профессорско-преподавательского состава не только творческой научно-методической деятельности, но и принципиально другого уровня психолого-педагогической компетентности для создания продуктов нового поколения.

Ключевые слова. Психолого-педагогическая компетенция, ФГОС, качество образования.

Уникальность современной ситуации в образовании в целом и в медицинском вузе в частности, заключается в том, что процесс подготовки специалистов происходит в период перестройки образовательного процесса, внедрения ФГОС три плюс, создания новой инфраструктуры всего высшего образования.

Преподаватели и студенты медицинской академии являются не только исполнителями основных задач модернизации, но и её активными разработчиками, строят новую образовательную практику. В результате интеграции науки и образовательной деятельности академия становится аналитическим и исследовательским центром, который проводит мониторинг качества, выявляет проблемы и пути решения.

В Концепции модернизации российского образования акцент ставится на новые социальные требования к высшему образованию, обусловленные проблемами общественной жизни. Специалист (выпускник вуза) будет успешен, если он обладает целостной системой профессиональных компетенций, которые формируются в течение обучения в вузе и развиваются на протяжении всей профессиональной жизнедеятельности. В настоящее время уже не вызывает сомнения тот факт, что технологической основой современного вузовского образования должен стать компетентностный подход, который нормативно закреплён ФГОС. Данный подход достаточно разработан и достиг в нашей стране значительного уровня развития, стал органичной частью системы высшего образования.

В вузе образовательный процесс постоянно персонализируется, так как профессиональное образование практико-ориентировано и личностно-направлено. Каким образом можно формировать те компетенции студентов, которые предъявлены в федеральных государственных образовательных стандартах (ФГОС). Высокопрофессиональный компетентный преподаватель, который может получить качественный продукт своей профессиональной деятельности, является базовым компонентом успешности образовательной деятельности всего вуза. Одна из основных задач вуза при реализации ФГОС - расширение самостоятельности студента, осуществление переноса знаний из одной области знаний в другую. Одним из условий построения личностно-деятельностного образования в вузе является развитие психолого-педагогической компетентности (ППК) преподавателей. Наличие высокого уровня ППК является условием реализации деятельности преподавателей, позволяет качественно, в соответствии с требованиями ФГОС, формировать профессиональные ком-

петентности студентов[2].

Профессионально-педагогическая деятельность преподавателя вуза – это специальный комплекс практических действий, основанный на достижениях педагогической науки и передового профессионального опыта. Она чрезвычайно разнообразна по содержанию и предполагает наличие у преподавателя не только специальных профессиональных компетенций, но и сформированных психолого-педагогических компетентностей[1].

В зависимости от реализуемых задач и специфики выполняемой деятельности выделим несколько составляющих психолого-педагогической компетентности: способность и готовность проектировать и организовывать образовательный процесс в медицинском вузе; способность и готовность создавать образовательную среду в соответствии с требованиями высшего медицинского образования; способность и готовность обеспечивать качество подготовки специалистов для системы здравоохранения в соответствии с ФГОС.

Если рассматривать в динамике развитие психолого-педагогических компетентности преподавателя, то необходимо выделить еще один компонент - такой как способность и готовность анализировать и совершенствовать собственную профессиональную деятельность и ее результаты.

Развитие психолого-педагогических компетентности преподавателей приведут к следующим результатам: в управлении образовательным процессом делегирование ответственности за результат перейдет к субъектам образовательного процесса. Изменится статус преподавателя и обучающегося, что приведет к переводу в позицию субъекта управления не только преподавателя, но и самого студента. В образовательной деятельности расширяется спектр видов самостоятельной деятельности, доминирует дифференцированная, практическая, творческая и научно-исследовательская деятельность. Результат - сформированность компетентностей специалиста – выпускника медицинского вуза за счет потенциала высококвалифицированного преподавательского состава.

Подготовку педагогов различных дисциплин к развитию ППК мы рассматриваем как систему психологических, общепедагогических, дидактических и частных методических процедур взаимодействия педагогов и методистов с учетом специфики образовательного учреждения и их профессиональных интересов и склонностей. Подготовка представляет собой организацию процесса обучения преподавателя по определенной системе. Это совместная педагогическая деятельность по проектированию и организации учебного процесса с обеспечением комфортных условий для преподавателя и обучающихся [5].

На практических занятиях преподавателям будет предложено проанализировать несколько традиционных занятий по одной теме, проведенных разными преподавателями занятия, на которых ярко появились ППК; сравнить их, найти общее и различия, определить обучающую ценность занятия.

Эвристические технологии предполагают подготовку и проведение конкретных исследований, связанных с развитием ППК, разработку и анализ результатов апробации программы развития ППК преподавателя вуза[4].

Выработка стратегии обучения преподавателей чередование теоретического, практического обучения, стажировок, организацию как долгосрочных, так и краткосрочных форм подготовки.

Действия преподавателей кафедра педагогики и психологии, проводящих обучение преподавателей (слушателей) медицинского вуза, включает изменение в содержании, средствах, формах, методах обучения, оценивание его результатов. При этом слушатели становятся активными участниками совместной с преподавателями деятельности, направленной на коррекцию процесса обучения, определение траектории

дальнейшей самообразовательной деятельности, а также выбора оптимальных форм дальнейшей подготовки.

При разработке паспорта психолого-педагогических компетенций были даны следующие формулировки: (ППК) преподаватель способен и готов проектировать и организовывать образовательный процесс в медицинском вузе, что предполагает наличие у преподавателей знаний субъектов, объектов, целей, содержания, этапов, условий результативности образовательного процесса в медицинском вузе и умений их определять. Знаний особенностей образовательного процесса при подготовке к различным специальностям в медицинском вузе, современных образовательных технологий, технологию проектирования образовательного процесса в медицинском вузе с учетом специфики специальностей. Знаний критериев и показателей результативности образовательного процесса в медицинском вузе и умений это использовать при проектировании образовательного процесса. Преподаватель владеет инструментарием проектирования образовательного процесса в медицинском вузе, технологией проектирования образовательного процесса в медицинском вузе с учетом специфики специальностей и навыками оценки результативности образовательного процесса в медицинском вузе. Преподаватель способен и готов создавать образовательную среду в соответствии с требованиями высшего медицинского образования. В соответствие с этим преподаватель должен обладать знаниями цели, принципов создания образовательной среды в медицинском вузе, требований ФГОС к образовательной среде при подготовке специалистов различных специальностей медицинского вуза, субъектов и объектов, функции, структуру образовательной среды медицинского вуза, инструментария создания образовательной среды медицинского вуза, критериев и показателей оценки качества образовательной среды медицинского вуза, технологии проектирования образовательной среды в медицинском вузе в соответствии с требованиями ФГОС[3]. Преподаватель умеет определять субъекты и объекты, цели, функции, структуру образовательной среды медицинского вуза, учитывать требования ФГОС к образовательной среде при подготовке специалистов различных специальностей медицинского вуза, определять субъектов и объекты, функции, структуру образовательной среды медицинского вуза, осуществлять отбор инструментария создания образовательной среды медицинского вуза, выделять критерии и показатели оценки качества образовательной среды медицинского вуза, проектировать образовательную среду в медицинском вузе в соответствии с ФГОС. Владеть инструментарием создания образовательной среды медицинского вуза, навыками оценки качества образовательной среды медицинского вуза, технологией проектирования образовательной среды в медицинском вузе в соответствии с требованиями ФГОС. Преподаватель способен и готов обеспечивать качество подготовки специалистов для системы здравоохранения в соответствии с ФГОС. В соответствие с этим преподаватель знает требования ФГОС к содержанию образования в медицинском вузе, требования ФГОС к методам и средствам обучения в медицинском вузе, требования ФГОС к формам организации обучения в медицинском вузе, требования ФГОС к организации образовательного процесса в медицинском вузе, требования ФГОС к результатам подготовки различных специальностей в медицинском вузе, технологию оценки качества подготовки специалистов для системы здравоохранения в соответствии с ФГОС. преподаватель умеет осуществлять отбор содержания образования в медицинском вузе в соответствии с ФГОС, осуществлять отбор методов и средств обучения в медицинском вузе в соответствии с ФГОС, осуществлять отбор форм организации обучения в медицинском вузе в соответствии с ФГОС, организовывать образовательный процесс в медицинском вузе в соответствии с ФГОС, оценивать качество подготовки специалистов для системы здравоохранения в соответствии с ФГОС. И в соответствие с логикой компетентностного подхода преподаватель владеет: навыками отбора содержания образования в медицинском вузе в

соответствии с ФГОС, инструментарием обучения в медицинском вузе в соответствии с ФГОС, технологией организации образовательного процесса, реализующего ФГОС, навыками оценки качества подготовки специалистов для системы здравоохранения в соответствии с ФГОС.

Этапы развития психолого-педагогической компетенции преподавателей медицинского вуза предполагают следующее:

1. Диагностический. На данном этапе осуществляется выявление критериев и показателей самообразования преподавателей вуза и выработка устойчивой мотивации к нему, определение образовательных потребностей, конкретных знаний и умений по проблеме развития ППК, функций, которыми нужно овладеть. Анализируется уровень компетентности, предшествующей подготовки преподавателей по проблемам реализации ФГОС. Сравнивается реальный уровень компетентности с требованиями отраслевых рамок квалификаций.

2. Организационный. На данном этапе предполагается активное участие самих преподавателей в создании программы развития психолого-педагогической компетенции, овладение преподавателями ими. Определение содержания, форм, методов и средств обучения преподавателя, разработка технологических карт деятельности преподавателя.

3. Практический. Практическая реализация модели предполагает отслеживание эффективности и результативности влияния развития ППК на качество образовательного процесса, формирование диалектического способа мышления. Коррекция технологических карт.

4. Обобщающий. Анализ результатов, соотнесение результатов с поставленными целями. Коррекция отраслевых рамок квалификаций компетенций преподавателя.

При рассмотрении условий развития ППК, направленных на реализацию ФГОС, надо отметить, что данная компетентность характеризуется рядом особенностей: 1) активное участие взрослого человека в образовательном процессе;

2) возможность обогащения совокупного социально-культурного опыта посредством личного вклада; 3) возможность трансформации системы образования и всей социальной среды в процессе и результате образования; 4) непрерывное продолжительное учебное взаимодействие обучающихся (слушателей) и преподавателей.

Имеющиеся в настоящее время формы обучения профессорско-преподавательского состава, в наибольшей степени подходят взрослым, получающим дополнительное образование или проходящим переподготовку. Поэтому оно характеризуется большим разбросом уровня подготовки обучающихся. Исходя из этого еще одно из условий развития ППК – индивидуальный подход.

В контексте непрерывного образования постановка проблемы обучения взрослых определяется социальными тенденциями в обществе и рассматривает в качестве стратегической цели развитие способности взрослых обучаемых к коммуникациям, формированию компетенций. Решение данной проблемы является частью более общей проблемы обучения и формирования компетенций у взрослых людей в системе постдипломного образования.

Реализация ФГОС третьего поколения предполагает подготовленность преподавателей к нормотворчеству, владению навыками написания рабочих программ, оцениванию результатов учебной деятельности студентов и своего профессионального развития. На рисунке 1 наглядно показана взаимосвязь компонентов системы по подготовке преподавателей к реализации ФГОС в вузе.

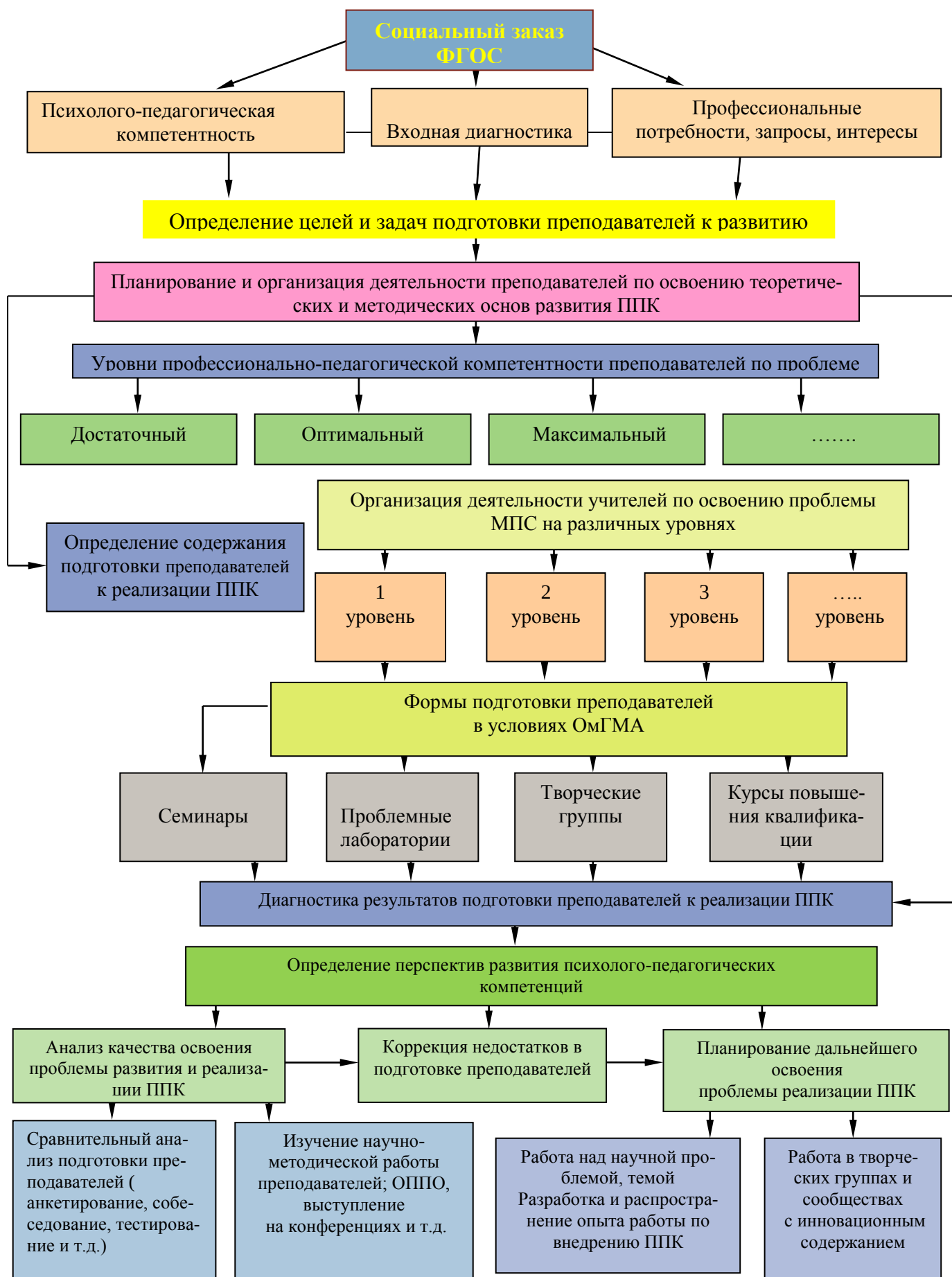


Рисунок 1. Условия подготовки преподавателей к реализации ФГОС

Литература

1. Заир-Бек Е. С., Тряпицына А. П. Подготовка специалистов в области образования к участию и использованию международных программ оценки качества образования для всех: национальное видение / Под ред. Г. А. Бордовского. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2006. — с.
2. Хуторской А.В. Современная дидактика. Питер. Санкт-Петербург. Москва Харьков - Минск, 2001. - 418с.
3. Чошанов М.А. Дидактическое конструирование гибкой технологии обучения// Педагогика. -1997.- №2.-с.21-29.
4. Чошанова М.А. Теория и технология проблемно-модульного обучения в профессиональной школе: диссертация на соискание ученой степени доктора пед. наук. Казань, 1996. - 368с.
5. Яровикова Р.Т. От непрерывной аттестации к непрерывному образованию (к построению концепции непрерывного образования)// Проблемы высшего технического образования/ Под. общ. ред. А.С. Вострикова. - Новосибирск: Изд-во НГТУ, 1998.-с.82-86.

THE DEVELOPMENT OF PSYCHO-PEDAGOGICAL COMPETENCE OF THE TEACHER OF THE MEDICAL SCHOOL IN THE CONTEXT OF MODERN EDUCATIONAL PARADIGM

Getman N.A.

Resume. In article realization conditions_competent Under-course in medical high school is analyses. Realization ways competent the approach in practice, with the general problems of modernization of Russian education are offered. Changes of requirements to the teacher of high school which are connected with many factors, such as advancement of information and innovative technologies in educational process of system of the higher vocational training are considered. It has demanded from the faculty not only creative methodical activity, but also essentially other level of psychology-pedagogical competence for creation of scientifically-methodical products of new generation.

Keywords. The psychology-pedagogical competence, Federal state educational standards, quality of formation.



История психиатрии

УДК 616.89

ОТКРЫТИЕ ПЕРВОЙ В МИРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ. Часть 1

Juan José López Ibor

Председатель и руководитель Института психиатрии и психического здоровья

Клиническая больница г. Сан Карлос, Университет COMPLUTENSE, Мадрид (Испания).

Actas Esp Psiquiatr. 2008 Jan-Feb;36(1):1-9. Перевод «Априори Лингва», 2015

Аннотация. Ряд больниц, стран и культур заявляют о своем праве считаться первыми, кто стал предоставлять помощь людям, страдающим психическими заболеваниями. Среди них «Hospital de los Inocentes» ("Больница Невинных"), основанная в Валенсии в 1410 г., которая выделяется своеобразием, что подтверждают исторические и культурные факты. Более того, модель ее функционирования моментально распространилась по всему Пиренейскому полуострову в 15 - начале 16 столетия, а в Северной Америке - через испаноязычные страны. На протяжении нескольких веков, данные учреждения были взяты за образец и копированы в Европейских странах. В начале 19 века в Испании было разгромлено огромное количество психиатрических больниц по причине принудительной распродажи имущества Католической церкви. Это привело к ужасному упадку здравоохранения и лечения психически больных людей. Чтобы вернуть достойный уровень здравоохранения, понадобилось более 100 лет. Перипетиям создания и развития психиатрической больницы в Валенсии и других городах, подкрепление примерами, позволяющими утверждать, что это была действительно первая психиатрическая больница в мире, и посвящена эта статья.

Ключевые слова. Психиатрические больницы. История психиатрии. Охрана психического здоровья.

Больница Невинных, Душевно- и Психически больных

Судьба душевнобольных людей изменилась навсегда в тот момент, когда религиозный отец, рыцарь Ордена Милосердия Хоан-Хилаберт Хофре призвал прихожан заботиться и позаботиться о "душевнобольных и невинных". Это произошло в Валенсии в 1409г. Реакцией на его призыв стало создание первой в мире психиатрической больницы и, что еще более любопытно, предприняты первые шаги к тому, что «Virgen de los Desamparados» ("Матерь всех покинутых") стала Святой Покровительницей города и трех провинций королевства Валенсия.

Двумя днями позже, 24 февраля 1409г. в пятницу, отец Хофре направлялся в собор из монастыря "Plaza de la Merced", где он планировал провести службу в первое воскресенье Великого Поста. По пути, скорее всего на улице Мартин Менгод, старинной улице неподалеку от церкви Святой Каталины, на которой располагались мастера серебряных изделий, его внимание привлек дикий шум. Орава ребят избивала и высмеивала психически нездорового человека, выкрикивая: "Безумец! Безумец" - согласно бытующему в то время поверью душевнобольные люди принадлежали дьяволу. Отец вступился за бедолагу, защитил и привел его в монастырь Ордена Милосердия, где мужчине предоставили ночлег и излечили раны.

В следующее воскресенье в соборе отец Хофре посвятил часть своей службы молитве против "бездумного преследования невинных, немощных и неосознающих свои поступки". В Книге Бекерро (рукопись Мануэля Кальво, 22 декабря 1848г., Марко Меренсьяно 1950г.) все это описывается таким образом: "В этом городе насчитывается множество благочестивых и милосердных начинаний. Однако, одно самое необходимое, а именно: больница либо дом, где невинные и безумные могли бы быть собраны вместе, а не жалко блуждать по улицам города - упущено. Они страдают от голода и холода, увечий. Ввиду их невинности и сумасшествия, они не знают ни как зарабатывать на жизнь, ни как поддержать собственную жизнеспособность.

Поэтому они спят на улицах и гибнут от голода и холода, а многие грешники без Бога в сердце, причиняют им боль и страдания, тыкая пальцем на места их ночлега, оскорбляя, убивая и насилая невинных женщин. Также широко распространены случаи, когда сами безумные причиняют страдания многим людям, которые спокойно передвигаются по городу. Обо всем этом широко известно по всей Валенсии. Таким образом, было бы святым делом - построить больницу или приют, куда стало бы возможным поместить этих невинных и душевнобольных, дабы пресечь их жалкое блуждание по городу, и чтобы ни они и ни им не было причинено никакого вреда".



На этой проповеди присутствовал Лоренцо Салом (Салони), который вместе с другими торговцами и ремесленниками предоставил необходимую сумму для осуществления просьбы. Стоит упомянуть их имена: Бернардо Андреу, Хуан Арменгер, Франсиско Барсело, Педро де Бонья, Санчо Кальво, Хайме Домингес, Фернандо Гарсия, Педро Педрера, Эстабан Валенца, Педро Ла Плана (Семпере). Одобрение со стороны Генерального Совета города не заставило себя ждать. Приют разместили в здании, которое ранее было домом с садом за пределами города неподалеку от Torrent gate ("Врата потока"), которые были переименованы в «Puerta de los Locos» ("Врата душевнобольных"). Передача здания для приюта была произведена незамедлительно королем Мартином I Гуманным 9 мая. Первое разрешение на использование здания поступило в декабре 1409г., второе - подтверждающее факт выкупа здания для дальнейшей реконструкции и консервации, произошло в феврале 1410г. и, наконец, в марте 1410г. был издан Указ о дальнейшей его эксплуатации. Примечателен тот факт, что Папа Римский Бенедикт XIII одобрил организацию больницы в этом здании в официальном Указе, изданном 16 мая 1410г., где также говорится, что приют следует посвятить всем Святым Невинным Великомученикам.

1 июня 1410г. произошло торжественное открытие лечебницы под названием Больница невинных, душевно- и психически-больных под покровительством Богоро-

дицы. Местные жители сразу назвали больницу "Hospital de Nostra Dona Sancta Maria dels Innocents" (Больница Святой Марии-Богоматери всех Невинных). Стоит подчеркнуть, что Святые Невинные Великомученики, чьи горла Ирод приказал перерезать, были детьми менее двух лет от роду. Они были признаны святыми, хотя сами они до конца и не успели понять, что с ними произошло, так как еще не достигли сознательного возраста. Подобное решение было принято, дабы продемонстрировать, что в Раю найдется место даже тем, кто не достиг либо лишился рассудка - невинным, душевно- и психически-больным.

29 августа 1414г. было создано Lloable Confraria de la Verge María dels Innocents (Достойное похвалы Братство Девы Марии покровительницы Невинных). Братство состояло из сотни священников, трех сотен женщин и трех сотен мужчин, чьей функцией было изыскивание средств для нужд больницы.

Но сами члены братства, очень великодушные люди, решили расширить свои функции до деятельности по организации похорон всех душевнобольных, членов братства, а также предоставлению духовного утешения тем, кто был приговорен к смерти наряду с их захоронением после исполнения данного приговора. Донья Мария де Кастилла, жена Альфонсо Великодушного, короля Арагона, позволила братству посещать изгоев - покинутых и блудниц. Братство разрасталось так стремительно, что появилась необходимость построения второй больницы, которая могла бы принять всех обездоленных. Помимо всего прочего, новая лечебница предоставляла пособия сиротам, заключенным, нуждающимся и брошенным при рождении, и выплачивала выкуп за тех, кто был захвачен "на землях безбожников" (Северная Африка). Для этих целей в 1493г. Фернандо Католический добавил распоряжение к изначальному Указу Богородицы всех Невинных.

В 1512г. мэрия Валенсии приняла решение объединить все больницы города в "Единую Больницу" и увеличить охват всех видов пациентов и всех видов покинутых. В 1545 году 30 пациентов погибло в результате пожара в больнице. Позже само здание было заменено новым. Кстати говоря, новое здание включило в себя специальное детское отделение - что было неслыханно в те времена. Намного позже и, благодаря закону от 20 июня 1849г., Провинциальный Благотворительный Совет назначил комитет по руководству больницей, которая с того момента стала именоваться "Областная Больница".

Образ Богоматери всех покинутых.

Отец Хофре разместил образ Богоматери в небольшой часовне, построенной вблизи Больницы, где братство Капитулет проводило заседания с 1411г. Согласно поверью, в 1414г. 3 молодых паломника предложили изваять статую. Член братства, живший с невидящей и парализованной женой, принял их у себя в доме. Странники предложили высечь статую Богоматери за три дня в обмен на жилье и еду. Им было предоставлено место для ночлега, известное как Эрмитаж. Через четыре дня, не получив от них вестей, несколько членов братства поспешило к месту их остановки и обнаружили образ Богоматери. К их удивлению, от странников не было и следа, но в этот момент жена члена братства внезапно прозрела. Весть о том, что статуя была создана ангелами, быстро распространилась по земле. В 1416г. король Альфонсо V Великодушный постановил, "что к образу Богоматери, сотворенному в качестве лица титулованного, необходимо добавить двух невинных, пострадавших от действий Ирода".

Образ теперь стал именоваться Mare de Deu dels Folls, Innocents i Desamparats (Богоматерь всех Психически-, Душевнобольных и всех Покинутых). Так возникло стремление народа Валенсии к той, кто стала их Покровительницей. Образ Богоматери почитался в этом самом месте, пока не был перемещен в Собор в 1487г.



В 1646г. эпидемия захватила весь город, не обойдя стороной и вице-короля, графа Оропеса, который обратился за помощью к Богоматери. Сразу после этого эпидемия неожиданно прекратилась. Тогда вице-королем было принято решение о возведении ее в ранг Покровителей города и всего Королевства, а также о строительстве в 1667г. часовни - Базилики вблизи Собора. После того, как новая часовня была закончена, состоялись торжества, посвященные передаче образа действующей базилике.

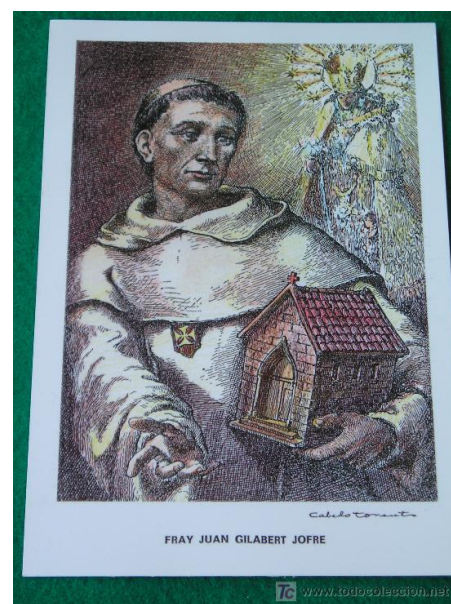
21 апреля 1885г. Папа Лев XIII предоставил папскую буллу, в которой он называет Богоматерь Покинутых Покровительницей Валенсии. 15 октября 1921г. Папа Бенедикт XV, по просьбе кардинала Энрике Рей Казанова, получает привилегию на коронацию образа. В субботний день 12 мая 1923г. неподалеку от Королевского моста состоялась торжественная коронация, на которой присутствовали король и королева Испании - Дон Альфонсо X и донья Виктория, нунций Папы Пия XI - Федерик Тедескини, а также Кардинал Валенсии Бенлок и архиепископ Бургоса.

Сам образ - великолепен. Его высота составляет 158 см. По задумке он слегка наклонен вперед, словно в ожидании похорон усопших. Поэтому образ известен как «La Geperudeta» или «La Serperuleta», что в переводе с валенсийского языка означает "горбунья". Под ее робой можно наблюдать двух детей с ранами на шеях - это Невинные Святые Мученики.

Хоан-Хилаберт Хофре

Хоан-Хилаберт Хофре родился 24 июня 1350г. на улице в центре Валенсии, которая теперь носит его имя. Он был крещен в церкви Сан Мартин вблизи его дома и вскоре познакомился с Орденом Милосердия, которому принадлежал монастырь на центральной площади города.

Хофре изучал право в Лериде и в 1370г. присоединился к Ордену Милосердия в Монастыре Санта-Мария де Эль Пуч (неподалеку от Валенсии). Через 5 лет, закончив изучение теологии, его посвятили в сан священника. Основным видом деятельности членов Ордена Милосердия, основанного в 1218г. Сент-Педро Ноласко, было спасение христиан, которые оказались в плену у мусульман.



Брат Хофре был блестящим оратором и большую часть своих проповедей отводил на просьбы поддержки нуждающихся. В ряде европейских судов, в Бургундии и Перпиньяне, он организовал освобождение заключенных и рабов за соответствующий за них выкуп. Как викарий монастыря Лериды, в 1391 он попросил короля Хуана I посредничать в пользу заключенных. Он вмешался в папские дела Авиньона. В рамках этой деятельности Хофре был спутником святого Висенте Феррер, известного персонажа истории Валенсии. Он также посвятил себя бедным и покинутым. Он основал приют для брошенных детей в Валенсии в 1410г. и хоспис для бедных паломников в монастыре Эль Пуч в 1416г., где он и умер в 1417г. Его останки были захоронены в церкви этого же монастыря. 20 октября 1946г. они были перенесены с кладбища в монастырь, и по этой причине, было проведено грандиозное торжественное собрание в Cofradía de Caballeros of Nuestra Señora del Puig (Братство Рыцарей Богоматери монастыря Пуч).



Брат Хофре был одним из самых значимых фигур Ордена Милосердия. На крыше мемориала, построенного в 1670г. в Валенсии, в память о святых Педро Ноласко, Педро Паскуаль и брате Хилаберте Хофре, представлены все братья Ордена Милосердия, а также королева Тереза Жиль де Видауре. Во время французского вторжения в 1809г. памятник был разрушен наряду с другими памятниками истории.

В Валенсии есть статуя брату Хофре, которая была расположена на прежнем месте Областной Больницы, затем она была перемещена в здание на Авенида дель Сид, где находилась до тех пор, пока не была возвращена в исходное место в 1977г.

Продолжение статьи J.J. López Ibor "Открытие первой в мире психиатрической больницы" читайте в следующем номере "Омского психиатрического журнала"

THE FOUNDING OF THE FIRST PSYCHIATRIC HOSPITAL IN THE WORLD IN VALENCIA. Part 1.

J. J. López-Ibor

Resume. Several hospitals, countries and cultures claim the privilege of being the first to have provided care to people suffering mental illnesses. Among them, the «Hospital de los Inocentes» (Hospital of the Innocents) founded in Valencia in 1410 stands out due to its originality and there are historic and cultural reasons to recognize its primacy. Furthermore, the organization and functioning of this institution and the model, spread like wildfire through the entire Iberian Peninsula during the 15th Century and shortly after through American Spanish speaking countries. For centuries, these establishments were considered exemplary and were copied in other European Countries. At the beginning of the 19th Century in Spain a forced sale of the Catholic Church properties or their disamortization among other a large number of hospitals establishments took place. This lead to a terrible collapse of health care for the mentally. From then on it took more than one century to recover a decent standard. The vicissitudes of the creation and progress of the hospital of Valencia and others which followed the example that allows to affirm that it was really the first psychiatric hospital in the World are analyzed in this present work.

Keywords. Mental hospitals. Mental institutions. History of psychiatry. Mental health care.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция сетевого журнала «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

Правила оформления статей:

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
3. Объем статьи не должен быть не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 12, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
4. При оформлении статьи: на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора, название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор.
5. Перед названием статьи указывается УДК.
6. К статье прилагается резюме и ключевые на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В реферате дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с приставленным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушения действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.

Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.