

Омский психиатрический журнал

2 (4) 2015



Omsk Journal of Psychiatry

ОМСКИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Omsk Journal of Psychiatry

научно-практический журнал

2 (4)
2015

*Омская областная общественная организация
«Омское общество психиатров»*

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

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.

Редакционный совет:

Антилогова Л.Н., д.пс.н.

Дроздовский Ю.В., д.м.н.

Караваев А.Ф., д.п.н.

Лопанова Е.В., к.п.н.

Крахмалева О.Е., к.м.н.

Одарченко С.С., д.м.н.

Чеперин А.И., к.м.н.

Журнал зарегистрирован
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
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

В издании использованы
материалы из свободных
Интернет-источников

16 +

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

научно-практическое сетевое издание

**2 (4)
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 Leonora Carrington
«And Then We Saw the
Daughter of the Minotaur»,

1953

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	4
Клиника психических расстройств	
Лобно-височная дегенерация. Болезнь Пика. клинический случай. <i>Петрова Т.В., Ханафеева Э. Р., Галыка А.В.</i>	6
Роль врача-психиатра амбулаторной психиатрической службы Омской области в диагностике и квалификации симптоматических нарушений психических функций у пациентов, освидетельствованных в бюро МСЭ общего профиля <i>Ярков А.А.</i>	9
Возрастные аспекты психиатрии	
Опыт работы психиатра в профилактических осмотрах детей перед поступлением в детские дошкольные учреждения <i>Осипкина И.П., Стаценко А.Н.</i>	13
Обучение детей с умственной отсталостью в связи с принятием нового Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации" <i>Яковлева Т.А., Днепровская И.В.</i>	16
Психиатрия и право	
Госпитализация в психиатрическую клинику: организационные и правовые аспекты <i>Сазонова Л.А., Пильщик А.Б., Коломбет О.О.</i>	19
Психофармакотерапия	
Опыт практического применения препаратов Сертиндол и Эсциталопрам у пациента, страдающего расстройством шизофренического спектра <i>Волчкова Т.Ф., Лычкова Ю.В., Шеллер А.Д., Шукиль Л.В., Александрова О.А.</i>	24
Психотерапия и реабилитация	
Религиозный компонент психосоциальной реабилитации психически больных (пациенты отделения принудительного лечения специализированного типа, пациенты, проживающие в Омском психоневрологическом интернате) <i>Петрова А.И., Копотиенко О.В., Прокаева О.И., Кисляк З.В., Могиль О.В.</i>	29
Клиническая психология	
Организация психолого-педагогической практики аспирантов медицинского вуза как условие развития их профессиональной компетентности <i>Гетман Н. А., Педан Т.Н.</i>	33
Селфи: хроника самоутраты современного человека <i>Нелюбин Н.И.</i>	35
История психиатрии	
Открытие первой в мире психиатрической больницы. Часть 2 <i>Juan José López Ibor</i>	41

Contents

Editor's column	4
Frontotemporal dementia (FTD). Pick's disease. clinical case. <i>Petrova T.V., Hanafeeva E.R., Galyka A.V.</i>	6
The role of psychiatrists of Omsk region ambulatory mental health services in diagnosis and training symptomatic violations of mental function in patients, examined in MSE offices of overall profile <i>Yarkov A.A.</i>	9
Experience psychiatry in preventive examinations of children before entering kindergartens <i>Osipkina I.P., Statsenko A.N.</i>	13
Education of children with mental retardation according with the new federal law "On education in the Russian Federation" <i>Yakovleva T.A, Dnieperovsky I.V.</i>	16
Hospitalization in a psychiatric clinic: organizational and legal aspects <i>Sazonova L.A., Pilcshick A.B, Kolombet O.O.</i>	19
Experience of the practical use of the drug sertindole and escitalopram in patients suffering from schizophrenia spectrum disorder <i>Volchkova TF, Lychkova JV, Sheller AD Shukil LV, Aleksandrova OA</i>	24
Religious component of psychosocial rehabilitation of mental patients (patients in a specialized type of compulsory treatment, patients living in Omsk psycho-neurological boarding) <i>Petrova AI, Kopotienko OV Prokaeva OI, Kislyak ZV, Mogil OV</i>	29
Organization of psychological-pedagogical practice post graduate of the medical university as a condition of their professional competence <i>Getman N.A., Pedan T.N.</i>	33
Self: chronicle of self-loosing of modern man <i>Nelyubin NI</i>	35
The founding of the first psychiatric hospital in the world in Valencia. Part 1. <i>J. J. López-Ibor</i>	41

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

«Омский психиатрический журнал» отмечает свой первый юбилей. Нашему журналу один год. За короткий период в нем опубликованы работы, которые в целом показывают пути развития региональной психиатрии, демонстрируют достижения омских психиатров. Редакционная коллегия в качестве основного тренда развития журнала выбрала одну из доминирующих в современной психиатрии концепций – онтогенетический подход. В этом ключе большое значение мы придаем освещению наиболее интересных и значимых моментов истории психиатрии, а также в каждом выпуске журнала публикуем работы, связанные с различными периодами жизни человека, в том числе и в развитии психопатологических состояний.

Текущий номер журнала открывает статья омских геронтопсихиатров, в которой приведено клиническое наблюдение, в ходе которого на основании сложной дифференциальной диагностики установлен клинический диагноз лобно-височной дегенерации. Данная работа на реальном примере позволяет проследить развитие нечастой формы атрофической патологии головного мозга.

Впервые в нашем журнале приняли участи специалисты бюро медико-социальной экспертизы. В статье рассматриваются клиничко-экспертные аспекты межведомственного взаимодействия подразделений ФКУ «Главное бюро МСЭ по Омской области» и амбулаторно-поликлинической психиатрической службы. Представлены результаты изучения ко-экспертной роли врачей-психиатров лечебно-диагностической сети в квалификации типа и степени выраженности симптоматических нарушений психических функций органического генеза у пациентов с основными соматическими или неврологическими заболеваниями. Даны некоторые оценки уровня экспертных знаний врачей бюро МСЭ общего профиля и врачей-психиатров амбулаторной лечебно-диагностической сети в области органических психических расстройств.

Традиционно существенный объем журнала занимают наработки детских психиатров, выполненных совместно с сотрудниками кафедры психиатрии и клинической психологии Омского государственного медицинского университета. В первой работе представлен опыт работы психиатра в профилактических осмотрах детей перед поступлением в детские дошкольные учреждения, показана программа профилактических осмотров, проведен анализ проблем, возникающих при их проведении. Вторая работа показывает особенности обучения детей с интеллектуальным дефицитом в связи с принятием нового Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации". За последние годы контингент детей обучающихся в коррекционной школе 8 вида изменился, он характеризуется более сложной структурой интеллектуального недоразвития. Поэтому образование и воспитание этих детей возможно при индивидуальном медицинском и педагогическом сопровождении, опираясь на доступные и дифференцированные формы и методы обучения, только в условиях коррекционной школы 8 вида, а не в классах интегрированного обучения.

Правовые аспекты госпитализации в психиатрическую клинику и практический опыт их реализации раскрывается в статье специалистов, оказывающих неотложную психиатрическую помощь. И если порядок госпитализации больного в психиатрическую больницу при добровольном согласии не вызывает организационных сложностей, то наличие острого психотического расстройства встречает ряд проблем. Трудность госпитализации заболевшего человека заключается в том, что имея психическое заболевание, особенно в его острый период, человек теряет способность адекватно оценивать реальную действительность и теряет восприятие критики к себе к

своим поступкам. В этих ситуациях от медицинских работников требуется глубокое знание правовых вопросов, клиническое мышление и прогнозирование ситуации.

Недавно используемые психофармакологические препараты, несмотря на обилие исследовательских работ, закономерно требуют осмысления и наработки персонального клинического опыта каждого врача. В этой связи особый интерес представляет работа специалистов реабилитационного комплекса, посвященная опыту практического применения препаратов сертиндол и эсциталопрам у пациента, страдающего расстройством шизофренического спектра.

Весьма перспективным направлением реабилитации психически больных является включение традиционного религиозного компонента в программы психосоциальной реабилитации. Омская психиатрическая больница традиционно поддерживает продуктивные связи с представителями православного духовенства. Более десяти лет на ее территории функционирует Церковь Василия Блаженного, где совершаются религиозные обряды, пользующиеся большой популярностью прежде всего у тех пациентов, которые длительное время находятся в больнице. И в этой связи статья «Религиозный компонент психосоциальной реабилитации психически больных (пациенты отделения принудительного лечения специализированного типа, пациенты, проживающие в Омском психоневрологическом интернате)» актуальна и своевременна. Ее клиническую и реабилитационную ценность дополняет то обстоятельство, что она содержит данные об особенностях религиозного компонента реабилитации психически больных, проживающих в Омском психоневрологическом интернате.

Формирование профессиональных навыков будущих врачей невозможно без их непосредственного участия в лечебно-реабилитационном процессе. Вопросам организации психолого-педагогической практики аспирантов медицинского вуза как условия развития их профессиональной компетентности посвящена работа сотрудников кафедры педагогики и психологии Омского государственного медицинского университета. Клинико-психологическое направление текущего выпуска журнала продолжает статья из Омского государственного педагогического университета, раскрывающего психологические аспекты нового явления современной жизни – «селфи». В статье осуществляется критический анализ феномена «селфи», который рассматривается автором как один из симптомов трансформации идеи человека. Анализируется повествовательная составляющая «селфи», вскрываются симулятивные тенденции в презентировании человеком жизненных отношений посредством «селфи-повествования». С точки зрения автора, массовое распространение этого явления олицетворяет собой утрату современным человеком аутентичности и закрепляет практику культивирования ложной самоидентичности.

Завершает текущий номер журнала продолжение объемной работы испанских коллег, посвященной одной из первых в истории психиатрических клиник.

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

Клиника психических расстройств

УДК: 616.853

ЛОБНО-ВИСОЧНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ. БОЛЕЗНЬ ПИКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Петрова Т.В., Ханафеева Э. Р., Галыка А.В.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

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

Аннотация. Болезнь Пика – это хроническое и прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, встречающееся обычно в возрасте 50-60 лет и характеризующееся деструкцией и атрофией коры головного мозга преимущественно в области лобных и височных долей. Распространенность в структуре деменций составляет 2-5 %. Приведен сложный случай пресенильной деменции. В ходе дифференциальной диагностики установлен клинический диагноз лобно-височная дегенерация, болезнь Пика.

Ключевые слова. Лобно-височная дегенерация, болезнь Пика.

Болезнь Пика – это хроническое и прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, встречающееся обычно в возрасте 50-60 лет и характеризующееся деструкцией и атрофией коры головного мозга преимущественно в области лобных и височных долей. Распространенность в структуре деменций составляет 2-5 %.

Клиника заболевания характеризуется незаметным началом и постепенным прогрессированием. Средний возраст начала заболевания—54 года. Средняя продолжительность до наступления смерти—6 лет.

Особенностью клиники является преобладание в начале заболевания постепенного нарастания нарушений в эмоционально-волевой и поведенческой сфере с одновременным снижением критики, при относительной сохранности когнитивных функций. Появляется безразличие к окружающему, развивается апатия, эмоциональное притупление, уменьшение активности. Страдает поведение: пациенты становятся дурашливыми, расторможенными, бестактными. Характерно изменение пищевого поведения, сексуальная несдержанность, пренебрежение гигиеническими процедурами.

По мере прогрессирования заболевания нарушается регуляция произвольной деятельности, что приводит к неспособности программировать и решать сложные задачи, обобщать, выявлять сходства и различия, выносить суждения и умозаключения. Мышление становится ригидным. Пациенты не могут следовать какой-либо цели, их действия становятся хаотичными и бессмысленными.

Типичным проявлением заболевания являются расстройства речи. Больные становятся немногословными, односложно отвечают на вопросы, характерны речевые стереотипии, постепенно редуцируется спонтанная речь. На поздних этапах нарушается узнавание слов в обращенной речи, в связи с чем нарушается понимание. Также теряются навыки чтения, письма и счета.

В типичных случаях болезни память на события жизни остается относительно сохранной вплоть до стадии тяжелой деменции.

Неврологические симптомы на ранних этапах проявляются оживлением рефлексов: орального автоматизма, хватательных. Рано развиваются тазовые расстройства. Для развернутых стадий характерны гипокинезия, тремор конечностей, нарушение походки. В редких случаях возможно развитие психотической симптоматики, психомоторного возбуждения.

По мере прогрессирования атрофического процесса вышеуказанные симптомы также прогрессируют, что приводит к снижению интеллектуальной деятельности, ум-

ственной трудоспособности больных, разрушению всех видов памяти и речи. Развивается глубокое слабоумие и маразм, больные становятся полностью беспомощны. Смерть наступает в результате обездвиженности, развития пролежней, присоединение инфекции.

Диагноз ставится на основании клинической картины, инструментальных методов исследования, а также результатов шкал и тестов, используемых для диагностики когнитивных расстройств.

Дифференциальный диагноз проводится с такими заболеваниями как деменция при болезни Альцгеймера, сосудистой деменцией, деменцией с тельцами Леви. Для деменции при болезни Пика характерно в первую очередь нарушение поведения и эмоций, личностные изменения, ранняя утрата критики. В то время как нарушения памяти на события жизни возникают на поздних сроках болезни. Длительно сохраняется ориентировка в месте и времени. При БА вначале страдает память, а эмоционально-волевые, поведенческие расстройства и утрата критики возникают на этапах выраженной деменции. При инструментальных исследованиях головного мозга дегенеративный процесс локализуется преимущественно в передних отделах коры головного мозга, при БА в задних. Сосудистая деменция подтверждается наличием клинических и инструментальных признаков цереброваскулярного заболевания, что делает диагноз ЛВД маловероятным.

Для деменции с тельцами Леви характерны флюктуации выраженности когнитивных и поведенческих расстройств, вегетативная дисфункция, наличие зрительных галлюцинаций, а также рано возникших явлений паркинсонизма, чего нет при ЛВД.

В нашем отделении мы наблюдали клинический случай болезни Пика.

Пациентка О. 1961 г. р. (53 года) поступила в 5 соматогериатрическое психиатрическое отделение БУЗ ОО КПБ им. Н. Н. Солодникова 20.01.2015г., впервые в жизни.

Анамнез жизни: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в многодетной семье, второй по счету. Беременность и роды матери без патологии. Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование высшее, педагогическое. Работала учителем биологии и географии в школе до 50 лет. После была помощницей в православном храме в течение года. Последнее место работы воспитатель в детском саду 2 года. С лета 2014 года не работает. В 1986 году впервые вышла замуж за военнослужащего. От этого брака имеет сына, который в настоящее время кадровый военный, проживает в Новосибирске, имеет свою семью. С 2010 г. в возрасте 49 лет повторный брак. Муж, злоупотребляющий алкоголем, в состоянии алкогольного опьянения агрессивен по отношению к жене. По характеру всегда была активной, общительной, «легкой на подъем», любила путешествовать, проявляла лидерские качества. Эпидемиологический и аллергологический анамнезы не отягощены. Травм головы, оперативных вмешательств не было. Ничем серьезно не болела.

Анамнез заболевания: состояние стало меняться в течение 2014 г.: появилась профессиональная несостоятельность, в связи с чем руководство детсада предложило пациентке уволиться. Находясь дома, не готовила, не убирала, перестала следить за собой. Появилась прожорливость, прибавила в весе. Стала делать ненужные покупки. Нерационально тратила деньги. Изменилась по отношению к внучке: отталкивала ее от себя, не давала игрушки, грубо к ней обращалась. Стала эмоционально холодной. 11.11.2014г. по настоянию сына прошла МРТ головного мозга. Заключение: Объемных образований в веществе головного мозга не выявлено. Признаки сочетанной гидроцефалии заместительного характера. Выявлены изменения височных, лобных и теменных областях коры головного мозга. Осмотрена врачом-психиатром частной клиники, рекомендован прием алзеписа. С целью уточнения диагноза и лечения направлена в стационар БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н. Н. Солодникова»,

поступила в 5 психиатрическое соматогериатрическое отделение.

При поступлении: в соматическом, неврологическом состоянии без особенностей.

Психический статус при поступлении: Сознание сохранено. Правильно ориентирована в своей личности, календарном времени. Знает, что находится в больнице. Назвала название отделения и этаж. Во время беседы подозрительна, недоверчива. Взгляд исподлобья. Контакт формальный. Анамнестические сведения дает с трудом. На вопросы отвечает кратко, односложно. Переживаниями не делится. Память, интеллект снижены. На многие вопросы отвечать отказывается. Пословица и поговорки не трактует. Таблицу умножения не помнит. Тест «100 – 7» отвечает верно, но ответы дает после длительных пауз, долго считает. Из 3-х предложенных для запоминания слов, через время повторила только 2. Названия демонстрируемых предметов говорит верно, знает их предназначение. Не отвечает на простые вопросы по биологии, географии. Настроение снижено. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не обнаруживает. Госпитализацией не тяготится. Вопросов о сроках госпитализации и лечении не задает. Критично свое состояние не оценивает.

Шкала MMSE-25 баллов, что соответствует преддементным нарушениям.

Тест «Часы» выполнен на 8 баллов, при норме 10.

«Батарея лобной дисфункции» -12 баллов, что соответствует умеренной лобной дисфункции.

При общеклиническом обследовании патологии не выявлено.

Экспериментально-психологическое исследование: на первый план выступают не критичность, нарушения интеллектуально-мнестических процессов, нарушения мышления (затруднено течение процессов обобщения и отвлечения), выраженные изменения в эмоционально-волевой сфере.

В отделении получала базисную терапию мемантином, алзепилом, антидепрессанты группы СИОЗС. Проводилась сосудистая, ноотропная терапия. Скорректирована эмоциональная лабильность, стала упорядочена в поведении. Выписана с рекомендациями приема базисной терапии.

Раннее начало заболевания (50-52 года), отсутствие в анамнезе соматической патологии, цереброваскулярных заболеваний, клинические проявления, данные осмотра, отсутствие характерных изменений на МРТ головного мозга позволяет исключить наличие сосудистой деменции, объемных образований головного мозга. В данном случае имеет место дегенеративное заболевание головного мозга. Дифференциальная диагностика проводится между болезнью Альцгеймера, болезнью Пика и деменцией с тельцами Леви.

При деменции при болезни Альцгеймера в первую очередь прогрессирует снижение памяти и интеллекта, когда как изменение личности и поведения, утрата критики происходит на более поздних этапах. На МРТ головного мозга определяется поражение задних отделов коры головного мозга. В случае нашей пациентки заболевание началось с изменения личности и поведения. Перестала справляться с профессиональными обязанностями, не выполняла привычную домашнюю работу. Стала расторможенной, расточительной, изменилось пищевое поведение, не ухаживала за собой. Охладела по отношению к родным. Изменения в себе не осознавала, критично к поведению не относилась. При этом близкие не отмечали выраженного нарушения памяти на текущие и жизненные события. При обследовании в стационаре обращало на себя внимание эмоциональная холодность, безучастность к окружающему, словарная оскудненность, нежелание идти на контакт, ригидность мышления, аффективная напряженность. При этом выраженного снижения памяти не выявлялось, что подтвердили данные тестов. Все перечисленное характерно для начальных стадий болезни Пика. О данном заболевании говорят данные нейровизуализации: на МРТ головного мозга определяется атрофия преимущественно лобно-височных отделов коры головного мозга. Отсутствие

флюктуаций внимания и психической активности, вегетативной дисфункции, явлений паркинсонизма, психотических расстройств исключает деменцию с тельцами Леви.

Таким образом выставлен диагноз: **дегенеративное заболевание головного мозга. Лобно-височная дегенерация. Болезнь Пика.**

За время пребывания в стационаре на первый план выступали поведенческие, аффективные и эмоциональные нарушения. Обращали на себя внимание ригидность мышления, невозможность прогнозировать свое будущее, решать многоэтапные задачи, а также нарушение речи в виде оскуднения, снижения словарного запаса.

FRONTOTEMPORAL DEMENTIA (FTD). PICK'S DISEASE. CLINICAL CASE.

Petrova T.V., Hanafeeva E.R., Galyka A.V.

Abstract. Pick's disease - a chronic and progressive disease of the central nervous system, occurring usually between the ages of 50-60 years and is characterized by destruction and atrophy of the cortex. Goals mainly in the frontal and temporal lobes. The prevalence of dementia in the structure of 2-5%. An complicated case of presenile dementia. In the differential diagnosis of established clinical diagnosis of frontotemporal degeneration, Pick's disease.

Keywords. Frontotemporal degeneration, Pick's disease.

УДК: 616.853

РОЛЬ ВРАЧА-ПСИХИАТРА АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И КВАЛИФИКАЦИИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ В БЮРО МСЭ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Ярков А.А.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Аннотация. В статье рассматривается клинико-экспертная сторона межведомственного взаимодействия подразделений (бюро-филиалов общего профиля) ФКУ «Главное бюро МСЭ по Омской области» и амбулаторно-поликлинической психиатрической службы. Представлены результаты изучения ко-экспертной роли врачей-психиатров лечебно-диагностической сети в квалификации типа и степени выраженности симптоматических нарушений психических функций органического генеза у пациентов с основными соматическими или неврологическими заболеваниями. Даны некоторые оценки уровня экспертных знаний врачей бюро МСЭ общего профиля и врачей-психиатров амбулаторной лечебно-диагностической сети в области органических психических расстройств.

Ключевые слова. Медико-социальная экспертиза, инвалидность, органические психические расстройства.

В Омской области психиатрическая служба сконцентрирована в областном центре и представлена единственным специализированным лечебным учреждением - БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой», которое является не только лечебно-диагностическим, но и организационно-методическим узлом, координирующим работу психиатрических кабинетов центральных районных больниц области. Межведомственное сотрудничество БУЗ ОО «КПБ» и ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» осуществляется по целому спектру проблем. На территории диспансерного корпуса больницы для удобства больных расположено бюро медико-социальной экспертизы психиатрического профиля, что позволяет в процессе экспертизы динамически взаимодействовать с врачами амбулаторной службы, клинико-экспертной

комиссией, освидетельствовать тяжелых профильных пациентов в отделениях стационара.

Значительную роль играют врачи амбулаторной службы БУЗ ОО «КПБ» и в работе бюро МСЭ общего профиля. Нередки ситуации, когда у пациентов с основным соматическим или неврологическим заболеванием необходимо оценить наличие и степень выраженности симптоматических психических расстройств. При оформлении документов на МСЭ, или в качестве дополнительного обследования уже в период проведения экспертизы такие лица направляются в психиатрическую лечебно-диагностическую сеть для получения квалифицированного заключения врача-психиатра. Проведенный среди врачей-экспертов бюро общего профиля ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» опрос [1] показал, в частности, следующее: при ответе на вопрос «на что Вы в большей степени ориентируетесь при квалификации степени выраженности сопутствующих нарушений психических функций?», 73,1% респондентов ответили «на заключение врача-психиатра участковой психиатрической службы».

Необходимо отметить важность корректной квалификации степени выраженности нарушений психических функций при проведении МСЭ в бюро общего профиля. В практике МСЭ при освидетельствовании каждого больного квалифицируется выраженность стойких нарушений нескольких функций организма. При этом наиболее рангово высокая выраженность нарушений тех или иных функций (в случае, если она вызывает ограничение жизнедеятельности освидетельствуемого лица в типовых жизненных ситуациях и необходимость применения мер социальной защиты) дает основание для установления рангово равной группы инвалидности [2].

В 2015 г. на базе ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» проведено исследование, целью которого было выяснение типовых принципов диагностики и квалификации нарушений психических функций у освидетельствованных в бюро общего профиля лиц с основными соматическими или неврологическими заболеваниями и сопутствующими нарушениями психических функций экзогенно-органической природы. Из всех лиц, освидетельствованных в 16-ти бюро общего профиля в 2014 г., был выделен контингент пациентов, у которых при проведении медико-социальной экспертизы, в числе прочего, было вынесено заключение о наличии нарушений психических функций любого характера и степени выраженности (в традиционных для практики МСЭ категориях «незначительные», «умеренные», «выраженные» или «значительно выраженные»). Указанный контингент составил 3808 человек. Он был подробно проанализирован и описан [3]. В частности, было выяснено, что из всех групп болезней в изучаемом контингенте явно преобладала цереброваскулярная патология и последствия острых нарушений мозгового кровообращения (51,2%), 2 ранговое место принадлежало травмам головы и их последствиям (10,4%), 3 место – заболеваниям, обозначенным как «другие энцефалопатии» (5,6%). При подробном анализе последней группы (213 освидетельствованных лиц) было выяснено, что таким образом были за-



Федеральное казенное учреждение "Главное бюро
медико-социальной экспертизы по Омской области"
Министерства труда и социальной защиты
Российской Федерации

шифрованы преимущественно органические расстройства смешанного (сосудистого, посттравматического и токсического, в том числе алкогольного и наркотического – 158 лиц, сосудистого и посттравматического – 13 лиц) или токсического (алкогольного, наркотического) генеза – 42 лица.

Для дальнейшего подробного анализа была сформирована выборка, составившая 202 человека. Выборка была репрезентативна относительно генеральной совокупности по распределению основных признаков. Итоговая выраженность нарушений психических функций у лиц в выборке была квалифицирована как: «0» (незначительные нарушения) – в 23,3%, «1» (умеренные) – в 57,9%, «2» (выраженные) – в 16,8%, «3» (значительно выраженные) – в 2,0% случаев.

При подробном изучении экспертных дел было выяснено, что в 170 делах из 202 (84,2%) имелись заключения врачей-психиатров БУЗ ОО «КПБ» или МУЗ ЦРБ Омской области. Всего 1 лицо (0,5%) было направлено к психиатру для уточнения степени выраженности нарушений психических функций в качестве дополнительного обследования. В то же время в экспертных документах имелось 169 (83,7%) заключений психиатров лечебно-диагностической сети с квалификацией нарушений психических функций в виде дополнений к форме 088/у направления на МСЭ. Чаще эмоционально-волевые и интеллектуально-мнестические нарушения в этих заключениях квалифицировались как «умеренные» (60,4; 61,5%) или «выраженные» (18,3; 18,9%), реже – как «незначительные» (17,2%) или «значительно выраженные» (1,8%).

Анализ связей между заключениями врачей-психиатров и установленной в бюро степени выраженности нарушений психических функций проводился с помощью формирования из выборки ряда независимых подвыборок с тестированием их на равенство пропорций по изучаемым параметрам по критерию Хи-квадрат с поправкой на непрерывность (метод Мак Немара). При выраженности «0», так и при выраженностях «1» и «2» во всех сравнениях прослеживалась сильная статистическая связь ($p < 0,001$) между установленной степенью выраженности нарушений психических функций и заключениями психиатра с рангово равными значениями. При выраженности «3» отсутствие статистически значимых результатов было связано с малым числом наблюдений (всего 4 наблюдения).

Связь между фактом предоставления в бюро заключения психиатра и установленной степенью выраженности нарушений психических функций исследовалась методом Хи-квадрат (по Пирсону). На рис. 1. представлена мозаика сопряженности указанных переменных ($p < 0,001$). На рисунке видно, что с ростом рангового значения диагностированной выраженности нарушений психических функций росло и число заключений психиатра, представленных в экспертной документации.

Значимая роль заключения психиатра для квалификации выраженности нарушений психических функций в бюро описана выше. Для раскрытия характера данной связи составлена группа таблиц сопряженности. Установлена сильная статистическая связь между характером заключений психиатра и характером заключений о выраженности нарушений психических функций, вынесенных в бюро. Увеличение расстояния между максимально отстоящими друг от друга остатками по Пирсону с ростом рангового значения установленной выраженности в диапазоне выраженностей «0-2» указывал на повышение диагностической значимости заключения психиатра в соответствующем ряду переменных.

Из приведенного выше анализа ясно, что врачи-психиатры лечебно-диагностической сети в случае с пациентами недиспансерной группы, освидетельствованными в бюро МСЭ общего профиля, выступали в ко-экспертной роли. Косвенная оценка качества их экспертных заключений может быть видна при анализе результатов квалификации степени выраженности нарушений психических функций в той же выборке двумя независимыми экспертами (врачи по МСЭ с базовой подготовкой в об-

ласти психиатрии и экспертным опытом в данной области не менее 10 лет).

Для поиска статистических закономерностей указанных расхождений был использован метод Мак Немара – сравнивались доли в парных подвыборках. Было выяснено, что доля заключений, отличных от нуля, в бюро была статистически значимо выше, чем в заключениях обоих экспертов (76% для бюро и 65% для эксперта № 1; 76 и 64% для бюро и эксперта № 2; $p < 0,001$). При рассмотрении случаев с выраженностью «0» и «1», установлено, что выраженность «0» оба эксперта квалифицировали чаще, чем бюро (71 и 56%, 71 и 57%, $p < 0,001$). Статистически значимых отличий при квалификации выраженности «2» между экспертами и бюро выявлено не было. Из 9 случаев с выраженностью «3», согласно экспертам 5 (60%) случаев бюро отнесло к выраженности «2» или «1».

Была рассчитана конкордантность работы независимых экспертов. Коэффициент конкордации Кендалла для их пары составил $W=0,97$. При этом значение коэффициента ранговой корреляции Спирмена для той же пары было также высоким: $r=0,93$. При проверке нулевой гипотезы об отсутствии статистической связи между выборками (заключения экспертов № 1 и № 2), значение p было менее 0,001. Проведены аналогичные расчеты конкордантности при оценке переменных «заключение в бюро / заключение эксперта № 1» ($W=0,92$, $r=0,85$, $p < 0,001$), «заключение в бюро / заключение эксперта № 2» ($W=0,9$, $r=0,81$, $p < 0,001$) и для всех трех переменных одновременно ($W=0,91$, $p < 0,001$).

Таким образом, проведенное исследование показало, что врачи-эксперты бюро МСЭ общего профиля, не имеющие базовой подготовки в области психиатрии, основывали свои решения о квалификации степени выраженности нарушений психических функций в большей степени на соответствующих заключениях врачей-психиатров лечебно-диагностической сети. При этом качество экспертных решений в бюро хотя и находилось на довольно высоком уровне, но расхождения с контрольными оценками экспертов все же наблюдались в 18,8% случаев: из 202 решений обоими независимыми экспертами было подтверждено 164. Указанное свидетельствует о необходимости повышения профессиональной подготовки в области экспертной психиатрии как врачей по МСЭ общего профиля, так и врачей-психиатров лечебно-диагностической сети.

Литература

1. Запарий С.П. Актуальные проблемы клинико-функциональной диагностики нарушений психических функций при проведении МСЭ в бюро общего профиля / Запарий С.П., Ярков А.А. // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов в Томской области: итоги, задачи и новые подходы», Томск, 2015. – с. 26-27.
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» от 29.09.2014 г. № 664н.
3. Ярков А.А. Результаты изучения контингента освидетельствованных в бюро МСЭ общего профиля лиц с симптоматическими психическими нарушениями органического генеза / А.А. Ярков, Н.С. Запарий // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, 2015, №1. – с. 50-54.

THE ROLE OF PSYCHIATRISTS OF OMSK REGION AMBULATORY MENTAL HEALTH SERVICES IN DIAGNOSIS AND TRAINING SYMPTOMATIC VIOLATIONS OF MENTAL FUNCTION IN PATIENTS, EXAMINED IN MSE OFFICES OF OVERALL PROFILE Yarkov A.A.

Abstract. The article discusses the clinical-expert side of interagency cooperation between the parts (overall profile offices) of FOI "The General medico-social examination office of the Omsk region" and outpatient psychiatric services. Were demonstrated the results of the study to-peer role of psychiatrists of diagnostic and treatment network in qualifying the type and severity of symptomatic organic disorders of mental functions in patients with primary somatic or neurological diseases. Were given some assessments of expertise level of overall profile MSE offices doctors and psychiatrists of diagnostic and treatment network in the field of organic mental disorders.

Keywords. Medico-social examination, disability, organic mental disorders.

Возрастные аспекты психиатрии

УДК: 616.8

ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХИАТРА В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Осипкина И.П., Стаценко А.Н.

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

*ГБОУ ВПО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Омской области*

Аннотация. Для более раннего выявления психических расстройств у детей и возможности своевременной их коррекции с 2013 года врачей-психиатров включили в перечень специалистов для проведения профилактических медицинских осмотров детей. Психиатром осматриваются дети в возрасте 1 года, 3, 7, 10, 14, 15, 16, 17 лет, а также при поступлении в детские сады и школы. Показана программа профилактических осмотров, проведен анализ проблем, возникающих при их проведении.

Ключевые слова. Профилактические осмотры, психические расстройства у детей.

Для более раннего выявления психических расстройств у детей и возможности своевременной их коррекции с 2013 года детских врачей-психиатров включили в перечень специалистов для проведения профилактических медицинских осмотров детей. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. №1346н "О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них", психиатром осматриваются дети в возрасте 1 года, 3, 7, 10, 14, 15, 16, 17 лет, а также при поступлении в детские сады и школы.

С началом проведения профилактических осмотров детские психиатры столкнулись с рядом проблем. Время и место проведения, нагрузка (время осмотра ребенка дошкольника, школьника), отчетность, методики обследования детей раннего возраста, оплата и т.д. Особые трудности имеют психиатры, не имеющие специальной подготовки в области детской психиатрии.

Наибольшие трудности представляет осмотр детей перед оформлением в ДДУ. Учитывая, что возраст детей, оформляющихся в детские дошкольные учреждения, редко достигает 3х и даже 2х лет, от специалиста требуется знание возрастных норм психического развития и психологических особенностей детей данного возраста.

В детской поликлинике № 1 БУЗОО ГДКБ № 3 с октября 2013 года по август 2014 года детским психиатром осмотрено 656 детей. Из них перед оформлением в ДДУ - 523 ребенка.

В начале беседы многие родители не осведомлены о смысле осмотра психиатром, поэтому необходимо пояснить, каковы цель и сфера обследования, заверить в конфиденциальности полученной информации.

При сборе анамнеза выясняются наличие психических заболеваний в семье, отставаний в развитии у родственников, перинатальные вредности, моторное, доречевое развитие ребенка, время появления отдельных слов, наличие (или время появления) фразовой речи. А также уточняется речевая среда (наличие двуязычия). Отмечается

наличие и время появления навыков опрятности и самообслуживания.

Обследование уровня развития детей осуществлялась по следующим сферам:

1. Моторные навыки

2. Эмоциональная сфера.

3. Познавательная, игровая деятельность.

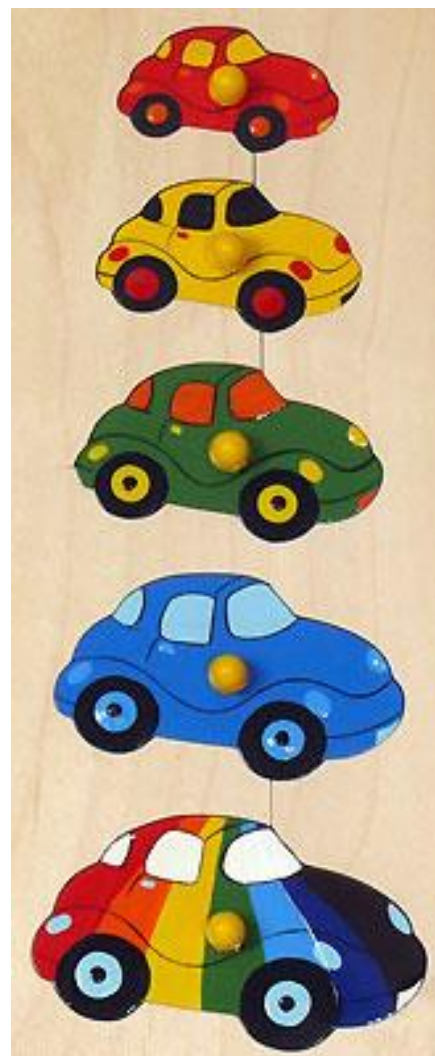
4. Навыки самообслуживания (умение самостоятельно есть, одеваться, опрavlять-ся в горшок).

5. Развитие речи.

Материал, который использовался при обследовании - машинка; кукла; пирамида; матрешка; доска для вкладывания фигур, отличающихся по форме (доски Сегена, «вкладыши») или коробка, закрытая крышкой с отверстиями и фигуры по форме отверстий («почтовый ящик»); материал для определения умения ребенка дифференцировать цвета; пазлы, разрезные картинки (из 2х, 3х, 4х частей); картинки (игрушки) с изображением предметов обихода, животных, сюжетные картинки. В предлагаемых заданиях преобладают невербальные, поэтому могут применяться для детей с любым уровнем речевого развития. Последнее очень важно, так как в обследовании часто участвуют дети с нарушениями развития речи. С 1,5 лет ребенок может ориентироваться в величине, форме (2 предмета); с 1 г 9 мес. – величине и форме (3-4 предмета); с 2 лет – величине, форме и цвете.

Ведущим видом деятельности для дошкольников является игровая деятельность, поэтому, обследование проводится в форме игры. Игровые задания должны быть конкретными, небольшими по объему, привлекающими внимание ребенка. Для полного обследования требуется большой арсенал пособий, но в условиях профилактического осмотра необходимо за минимальное время получить максимальный объем информации о ребенке. Ребенок младшего возраста сам «выбирает» себе игру или игрушку, а специалист ориентируется на интерес, проявляемый малышом. Детям старше 3х лет игры и пособия предлагаются взрослым последовательно. Процесс обследования может перестраиваться при грубом несоответствии уровня развития возрасту ребенка или наличии психологических проблем (при возникновении негативизма, страхов, истерик и т.п.).

Наблюдение за поведением ребенка начинается с того момента, когда ребенок переступает порог кабинета. Необходимо помнить, что иногда на установление контакта с маленьким ребенком требуется больше времени, чем с ребенком более старшим (у ребенка от 1,5 до 3х лет может потребоваться до 5-10 мин). Отмечается, проявляет ли интерес к игрушкам, другим окружающим предметам, как действует с ними, выражает ли эмоции в процессе обследования, игры, как реагирует на неудачу. Проводится оценка внимания и характер игры. Очень важный вопрос – внимание ребенка младшего возраста. Часто родители маленьких детей, приходя на прием, жалуются на «гиперактивность, невнимательность». Оценивая эту психическую функцию, необходимо помнить о возрастных особенностях детей раннего возраста. Ребенок с 2 до 3х лет может удерживать внимание на одном объекте, деятельности от 2х до 5 ми-



Доска Сегена

нут, ребенок старше 3х лет – до 15 - 20 мин (причем, на деятельности, которую выбрал сам ребенок).

На протяжении всего осмотра проверяется уровень развития речи – понимание обращенной речи, выполнение простых инструкций, активная речь (звукоподражания, слова, фраза). При этом отмечается употребление в активном словаре различных частей речи. В 1,5 года ребенок может назвать предмет или изображение (облегченным или полным словом), в 1 г 9 мес. ребенок называет или показывает изображенное действие («где кукла спит?», «где кошка ест?»). Начиная с 1 г 9 мес. ребенок может пользоваться фразовой речью, строить двухсловные предложения. В 2 года речь фразовая, предложения могут складываться из 3 и более слов, словарный запас расширяется за счет прилагательных. В 2 – 2,5 года появляются вопросы – где? и куда? В 3 года малыш говорит сложными предложениями, задает вопросы почему? когда?

К сожалению, во время проведения осмотра перед оформлением в ДДУ отмечено, что у многих детей к 2,5 годам фразовая речь не сформирована.

Во время даже короткой консультации заметны особенности взаимодействия родителя (родителей) и ребенка: завышенные или заниженные требования, гиперопека, жесткость требований и т.д.

Для оценки результатов обследования использовались показатели нервно-психического развития детей раннего возраста (по материалам К.Л.Печора, М.Н.Ильиной, Н.В.Серебряковой).

По окончании или во время осмотра психиатром даются короткие рекомендации по развитию речи, организации игрового пространства, пособиях и игрушках, необходимых для развития детей. Часто родители не владеют информацией об особенностях возраста, стремятся к раннему обучению детей навыкам и знаниям, которые ребенок гораздо быстрее и легче освоит в более старшем возрасте. В этих случаях требуется коррекция родительских представлений о подходах к развитию и обучению детей до трехлетнего возраста.

Таким образом необходимо определить перечень документации, оформляемой при осмотре детским психиатром, регламентировать время обследования ребенка раннего возраста (не менее 10-15 мин, следовательно время приема должно составлять 15-20 мин), исключить длительное ожидание осмотра (т.н. «живые очереди»), так как это не способствует проявлению положительных эмоций, активности в обследовании, внимательности у маленьких детей, ввести в программу обучения психиатров вопросы по диагностике нарушений психического развития детей раннего возраста (методики обследования, критерии диагностики), разработать методические рекомендации для психиатров по обследованию и оценке развития детей раннего возраста. Также необходима информированность медицинских работников детских поликлиник, детских дошкольных учреждений и, прежде всего, родителей (законных представителей) в вопросе добровольности обращения к психиатру перед оформлением в ДДУ и школу.

EXPERIENCE PSYCHIATRY IN PREVENTIVE EXAMINATIONS OF CHILDREN BEFORE ENTERING KINDERGARTENS

Osipkina I.P., Statsenko A.N.

Abstract. For early detection of mental disorders in children and the possibility of a timely correction of 2013 psychiatrists included in the list of experts to carry out preventive medical examinations of children. Psychiatrist examined children aged 1 year, 3, 7, 10, 14, 15, 16, 17 years, as well as admission to kindergartens and schools. Show check-ups, analyzes the problems encountered in their implementation.

Keywords. Prophylactic examinations, mental disorders in children.

ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В СВЯЗИ С ПРИНЯТИЕМ НОВОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА "ОБ ОБРАЗОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"

Яковлева Т.А., Днепровская И.В.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

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

Аннотация. На основании нового Федерального Закона "Об образовании в Российской Федерации" общее образование детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе, и умственной отсталости в любой степени может быть организовано в любых организациях, осуществляющих образовательную деятельность. За последние годы контингент детей обучающихся в коррекционной школе 8 вида изменился, он характеризуется более сложной структурой интеллектуального недоразвития. Поэтому образование и воспитание этих детей возможно при индивидуальном медицинском и педагогическом сопровождении, опираясь на доступные и дифференцированные формы и методы обучения, только в условиях коррекционной школы 8 вида, а не в классах интегрированного обучения.

Ключевые слова. Умственный дефицит, психические расстройства у детей, олигофренопедагогика

На основании нового Федерального Закона "Об образовании в Российской Федерации", вступившего в силу с 1.09.2013 года, общее образование детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе, и умственной отсталости в любой степени может быть организовано в любых организациях, осуществляющих образовательную деятельность. В связи с этим у педагогов, детских психиатров возникли вопросы, непонимания в организации учебного процесса для детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. В письме от 20.08.2014 года № ВК1748/07 министерства образования и науки РФ даны разъяснения, что адаптированная основная общеобразовательная программа разрабатывается организацией, осуществляющей образовательную деятельность с учетом особенностей психофизического развития и возможностей обучающихся. Для детей с умственной отсталостью она не предполагает освоение уровня основного общего образования, установленного федеральными государственными образовательными стандартами начального и основного общего образования.

Остается актуальным развитие системы, обеспечивающей благоприятные условия для обучения детей с ограниченными возможностями в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями, уровнем интеллектуального развития, состоянием нервно-психического здоровья. В городе Омске сложилась и отработана система обучения в специальных коррекционных школах. В коррекционном образовательном учреждении для детей с нарушением развития интеллекта проводится обучение и воспитание детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в их развитии, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в



общество. Дети с легкой умственной отсталостью – преобладающий контингент учащихся коррекционной школы. Они являются наиболее изученные в медицинском, психологическом и педагогическом планах. В коррекционной школе осуществляется полноценное медицинское сопровождение каждого ребенка с учетом специфичности выявленной у него структуры нарушений. Учебные программы, составленные с учетом особенности познавательной деятельности умственно отсталых детей, способствует их умственному развитию. Программы содержат материал, помогающий учащимся достичь того уровня общеобразовательных знаний и умений, трудовых навыков, которые необходимы им для социальной адаптации.

Опыт работы показывает, что в настоящее время, вероятно в связи реформированием в системе образования, попытками открыть классы интегрированного обучения, отмечается тенденция, когда школа удерживает ребенка с явной психической патологией за общеобразовательной партой, своевременно не советуя родителям обратиться к специалистам для решения вопроса о дальнейшем учебном сопровождении ребенка. Это приносит непоправимый вред больному ребенку. Переводу таких детей в коррекционные школы препятствуют и родители, не осознающие интеллектуальную недостаточность своих детей. В общеобразовательной школе учебный процесс для ребенка с интеллектуальным дефектом становится непосильной ношей, а психические травмы, наносимые ему одноклассниками, приводят к тяжелым неврозам, протестным реакциям и уходам из школы. В коррекционной школе ребенок «на равных» со своими одноклассниками. У него не вырабатывается комплекс неполноценности, зависимости от других, а порой выявляются способности и таланты.

При проведении в течение 12 лет анализа контингентов детей, обучающихся в одной из коррекционных школ 8 вида, выявлены определенные изменения. Уменьшилось количество учеников от 315 человек в 2002 г. до 159 человек в 2013г. Снижение количества учеников, поступающих в коррекционную школу, первоначально объяснялось снижением рождаемости. Ежегодно в школу не поступало от 20 до 30 учащихся, т.е. не открывалось 2-3 класса. Однако сохранение тенденции к снижению поступления учащихся в данную школу не может быть объяснено только снижением рождаемости.

Анализ показал, что ранее ежегодно в школе открывался первый класс, где учились дети, которые наблюдались психиатром с раннего детства, получившие коррекционную помощь в дошкольных учреждениях. В последующие годы открывались новые классы начальной школы из учеников, ранее обучающихся по программе общеобразовательной школы, у которых в процессе обучения был выявлен интеллектуальный дефект. В последние годы в коррекционную школу поступают учащиеся на 3-4 году обучения и позднее. А это подтверждает, что педагоги и родители удерживают ребёнка с интеллектуальным дефектом в общеобразовательной школе и обращаются к специалистам, когда к интеллектуальному дефекту ребенка присоединяется поведенческие или невротические нарушения.



Специальная (коррекционная) школа-интернат для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья № 16 VIII вида, г. Омск

В последние годы в коррекционную школу поступают учащиеся на 3-4 году обучения и позднее. А это подтверждает, что педагоги и родители удерживают ребёнка с интеллектуальным дефектом в общеобразовательной школе и обращаются к специалистам, когда к интеллектуальному дефекту ребенка присоединяется поведенческие или невротические нарушения.

Отмечается четкая тенденция к увеличению числа детей – инвалидов, начинающих обучение в коррекционной школе с первого класса. В 2002г. количество детей инвалидов, обучающихся в данной школе, составляло 15%. Эти дети преимущественно обучались в начальных классах и в дальнейшем выводились из школы в связи с не усвоением учебного процесса. В 2005г. общее число детей - инвалидов учащихся данной школы составляло 24,8%. В 2013г. общее число детей инвалидов учащихся школы составляло 47,4%. При этом 34,6% детей - инвалидов из числа учащихся старшей школы и 52,6% детей – инвалидов из числа учащихся начальной школы.

По медицинским показаниям дети со сложной структурой интеллектуального дефекта, осложнённой формой умственной отсталости обучаются на дому. Анализ показал увеличение обучения на дому от 10,4 % в 2002г. до 20 % в 2008г. и 30 % в 2013г. Эти показатели подтверждают, что в настоящее время в данной коррекционной школе 8 вида обучаются дети, имеющие осложнённую форму умственной отсталости, выраженную форму интеллектуального расстройства, либо сложный дефект. Такие дети не справляются с типовым программным материалом, в связи с этим для них необходимо уточнение, изменение программного материала исходя из возможностей ребенка.

Таким образом, за последние годы контингент детей обучающихся в коррекционной школе 8 вида изменился, он характеризуется более сложной структурой интеллектуального недоразвития. Поэтому образование и воспитание этих детей возможно при индивидуальном медицинском и педагогическом сопровождении, опираясь на доступные и дифференцированные формы и методы обучения, только в условиях коррекционной школы 8 вида, а не в классах интегрированного обучения. Если в общеобразовательной школе у ребенка с интеллектуальным дефектом теряется интерес к учебе, развивается школьная дезадаптация с уходом из школы протестными реакциями к учителям и родителям, то в коррекционной школе 8 вида это можно избежать.

EDUCATION OF CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION ACCORDING WITH THE NEW FEDERAL LAW "ON EDUCATION IN THE RUSSIAN FEDERATION"

Yakovleva T.A, Dnieperovsky I.V.

Abstract. On the basis of the new Federal Law "On Education in the Russian Federation" general education of children with disabilities, including mental retardation and in any degree can be organized in all organizations engaged in educational activities. In recent years, a contingent of children enrolled in a correctional school 8 of the form has changed, it is characterized by a more complex structure of intellectual underdevelopment. Therefore, education and upbringing of children is possible with individual medical and pedagogical support, based on accessible and differentiated forms and methods of teaching, only in a correctional school 8 of the form, rather than in classrooms integrated education.

Keywords. Mental deficiency, mental disorders in children

Психиатрия и право

УДК. 616.89

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Сазонова Л.А., Пильщик А.Б., Коломбет О.О.*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области**«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»*

Аннотация. В статье рассматриваются правовые и организационные аспекты госпитализации в психиатрическую клинику. Определен порядок госпитализации. Подробно представлены современные юридические вопросы госпитализации при неотложных психиатрических состояниях и технологии данной госпитализации.

Ключевые слова. Госпитализация в психиатрическую клинику, острые психические расстройства.

Порядок госпитализации больного в психиатрическую больницу, если заболевший человек не против, достаточно прост. Нужно прийти на прием в диспансерное отделение психиатрической больницы, к участковому врачу-психиатру в его рабочие часы, и после осмотра, врач выпишет направление на госпитализацию в психиатрическую больницу.

Также можно самим обратиться в приемное отделение психиатрической больницы, который работает круглосуточно, и после осмотра заболевшего врачом-психиатром на месте решается вопрос о его госпитализации.

Но такие способы возможны, только если заболевший человек согласен и сам не против госпитализации.

Трудность госпитализации заболевшего человека, заключается в том, что имея психическое заболевание, особенно в его острый период, человек теряет способность адекватно оценивать реальную действительность и теряет восприятие критики к себе к своим поступкам. Поэтому госпитализация заболевшим человеком, воспринимается как угроза или наказание.

Но при экстренных состояниях заболевания, родственники сами могут вызвать скорую психиатрическую помощь. В бригаде скорой психиатрической помощи обязательно есть врач-психиатр. Врач после осмотра - беседы с заболевшим, сам решает вопрос о госпитализации.

Оказание неотложной психиатрической помощи регламентируется:

– статьями 11, 16, 29,30 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (в дальнейшем обозначается - Закон), 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...». Одной из основных мер неотложной

психиатрической помощи является госпитализация в психиатрическую больницу, а также (в меньшей мере) применение медикаментозных средств, снижающих возбуждение, сдерживание и другие способы ограничения двигательной активности больного.

Поскольку большая часть этих мер может быть предпринята по решению врача психиатра {см. комментарий к ст. 11, 23, 24, 25. 29, 30), их исполнение в основном возлагается на службу скорой психиатрической помощи либо на учреждения, оказывающие внебольничную психиатрическую помощь (психоневрологические диспансеры или кабинеты).

Частично, в пределах своей компетенции эти функции вынуждены выполнять до осмотра врачом - психиатром бригады скорой и неотложной медицинской помощи, врачи общесоматических стационаров и поликлиник, которые в своей практической деятельности нередко сталкиваются с лицами, страдающими психическими расстройствами, а также сотрудники милиции (в части предотвращения опасных действий).

Определение наличия или отсутствия у лица психического расстройства, а также установление диагноза психического заболевания (по правилам, изложенным в комментарии к части 1 ст. 10 Закона) является компетенцией врача-психиатра.

Врачи других специальностей, встречаясь со случаями, вызывающими подозрение на наличие психического расстройства, свои диагностические заключения об этом могут выносить предположительно, например: "Острое психическое расстройство?". В дальнейшем необходима консультация врача-психиатра.

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

Закон (статьи 23, 24, 25, 29) предусматривает, что недобровольное освидетельствование осуществляется в случае, если по имеющимся данным обследуемое лицо совершает действия, дающие основания предполагать, а недобровольная госпитализация - в случае, если у него врачом установлено тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

При одинаковых критериях недобровольного освидетельствования и госпитализации имеются различия в юридической процедуре. Решение о недобровольной госпитализации принимает сам врач, а решение о недобровольном освидетельствовании врач принимает только в случаях соответствия состояния критерию "а". Если же речь идёт о критериях "б" и "в", на недобровольное освидетельствование необходимо получить санкцию судьи.

Закон не выделяет ни одного из трёх критериев недобровольной госпитализации в качестве главного. Во избежание невыполнения врачебного долга недопустима абсолютизация критерия опасности пациента для себя и окружающих (а), как наиболее доказательного и игнорирование двух других критериев. Важно чтобы решение врача было всегда достаточно мотивировано описанием психического состояния пациента.

В случаях, когда пациент по своему психическому состоянию не может выразить своё отношение к госпитализации (обратиться с просьбой или дать согласие), когда он, например, находится в состоянии изменённого сознания (делирий, онейроид, сумеречное состояние), или когда имеет место острый психоз с выраженной растерянностью,

крайней загруженностью психотическими переживаниями, или выраженное слабое, при котором личностное отношение к факту госпитализации установить невозможно - во всех этих случаях направление и доставка в психиатрическую больницу должны оформляться как недобровольные.

Недобровольная госпитализация начинается с момента реализации принятого врачом психиатром решения о помещении пациента в больницу независимо от его желания после его освидетельствования по месту вызова, поскольку с этого момента, в случае необходимости, принимаются меры принуждения.

В направлении на госпитализацию психиатр должен дать предметное и доказательное описание психического состояния пациента, из которого достаточно определённо можно заключить, что оно соответствует одному из трёх критериев недобровольной госпитализации: должно быть указано, что пациент госпитализируется недобровольно, а также какому критерию статьи 29 Закона его состояние соответствует.

В соответствии с ч. 3 ст. 30 Закона работники милиции принимают меры для предотвращения действий угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц.

Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. При необходимости госпитализации психически больных, не имеющих родственников либо проживающих отдельно, сотрудниками милиции принимаются меры по обеспечению сохранности их имущества.

Вызов психиатрической бригады должен быть принят, если пациент находится в неблагоприятных бытовых условиях и "тяжёлое психическое расстройство" у него соответствует любому из трёх критериев.

Когда условия неблагоприятны (отсутствие наблюдения, ухода за больным, пребывание его вне семьи, на улице и т.д.) беспомощный пациент (критерий "б") и пациент с плохим клиническим прогнозом в случае оставления его без психиатрической помощи (критерий "в") становятся опасными для себя. В этих случаях критерии "б" и "в" статьи 23 Закона совпадают с критерием "а" и пациент должен быть недобровольно освидетельствован психиатром скорой помощи.

В экстренных случаях вопрос о направлении больного в психиатрический стационар целесообразно решать врачам других специальностей. При поступлении в психиатрический стационар такое лицо будет обязательно осмотрено врачом - психиатром в приёмном отделении (Комментарий к статье 20 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании"). Диспетчер (дежурный врач) скорой психиатрической помощи, принимая вызов, может быть введён в заблуждение тем, что обращающиеся ошибочно оценили и представили действия лица как болезненные или предвзято изложили факты.

В подобных случаях, если данное лицо отказывается от психиатрической помощи, психиатр, прибыв по месту вызова и оценив ситуацию, самостоятельно решает вопрос о проведении психиатрического освидетельствования и может отказаться от его проведения или, проведя беседу с данным лицом, может установить только, что оно не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке (врач-психиатр при этом не решает вопрос, страдает ли данное лицо психическим заболеванием, и в каком виде психиатрической помощи оно нуждается).

Именно об этом он делает запись в медицинской документации, обосновывая её полученными на месте данными. В этих случаях недобровольное освидетельствование считается не проведённым, а врач не нарушает ст. 23 Закона о психиатрической помощи. Пациенту, заявителю, сделавшему вызов психиатра, и иным лицам следует объяс-

нить, что уточнённые в беседе обстоятельства необходимы для принятия решения о необходимости освидетельствования.

Выделяют два вида лечебных мероприятий при острых и неотложных состояниях в психиатрии на догоспитальном этапе. Первый связан с тем обстоятельством, что врач принимает решение о госпитализации пациента. В этом случае назначение лекарственных средств, в первую очередь, применяется для купирования или уменьшения выраженности психомоторного возбуждения.

Применение психотропных средств для уменьшения аффективной напряжённости, охваченности психопатологическими переживаниями, смягчения тревоги и страха способствует безопасности при транспортировке пациента и приводит к уменьшению использования мер удерживания, фиксации, иммобилизации возбуждённого больного.

Другой вид неотложных лечебных мероприятий связан с необходимостью оказания помощи, не сопровождающейся госпитализацией пациента. Речь идёт о лицах с широким кругом состояний, в том числе не представляющих собой тяжёлого психического расстройства, нуждающихся в неотложной помощи психиатра, которая может быть оказана амбулаторно.

Сюда относятся, в частности, расстройства непсихотического уровня (неврозы, психогенные реакции, декомпенсации при психопатиях), некоторые случаи транзиторных и рудиментарных экзогенно-органических психических нарушений (транзиторные психические расстройства сосудистого, интоксикационного генеза, неврозоподобные и часть аффективных, психопатоподобных состояний при хронических психических заболеваниях, побочные эффекты психотропных средств, назначаемых пациентам в психоневрологических диспансерах).

Неотложная психиатрическая помощь оказывается пациентам, которые нередко страдают тяжёлыми психическими расстройствами и по своему психическому состоянию могут представлять опасность, как для себя, так и для окружающих. Особенности оказания помощи заключаются в необходимости в то же время строгого выполнения ряда мер, направленных на предупреждение суицидальных действий, агрессии, нанесения повреждений самому больному, окружающим его лицам, а также оказывающему помощь медицинскому персоналу. Необходимо помнить, что поведение больного под влиянием психопатологических расстройств может внезапно меняться, носить непредвиденный, импульсивный характер и приобретать крайнюю опасность, как для него, так и для окружающих. Диспетчер (дежурный врач), получив сведения о больном, совершившем опасные поступки, или высказывающем угрозы, приняв вызов, обязан, поставить в известность врача бригады, сообщив ему все ставшие известными подробности поведения больного.

Получив вызов к социально опасному больному (агрессивному, вооружённому, владеющему приёмами рукопашного боя и т.п.) врачу бригады скорой психиатрической медицинской помощи необходимо обратиться за содействием в органы внутренних дел, на территории обслуживания которого находится психически больной. Медицинские работники имеют право не входить без сотрудников милиции в помещение, где находится социально опасный (агрессивный, вооружённый и т.д.) больной.

При осмотре больного поведение врача должно быть спокойным, сдержанным, без суетливости, излишних движений, которые могут спровоцировать агрессию. Беседа должна проводиться в уважительной, доброжелательной, корректной форме, как с больным, так и с окружающими. Принимаемые бригадой по указанию врача меры, определяемые конкретной обстановкой и особенностями состояния больного, должны выполняться достаточно быстро, согласовано и точно.

Во время осмотра, а также при всех передвижениях больного, фельдшерам бригады необходимо располагаться в непосредственной близости от него таким образом, чтобы предупредить возможный опасный поступок или побег. Необходимо внима-

тельно следить за поведением больного (направлением взгляда, движениями рук, мимикой и др.), убрать из поля зрения больного (с помощью окружающих лиц) все колющие, режущие и т.п. предметы.

Осмотр лиц с психическими расстройствами в учреждениях, организациях, лечебно-профилактических учреждениях и т.д. осуществлять по возможности в отдельном помещении (кабинет администрации, медицинский пункт и т.п.) в отсутствии сотрудников, без излишней огласки (то есть по возможности, необходимо принять меры, чтобы избежать ситуации, которая, по мнению пациента, может его компрометировать в глазах окружающих), а так же вдали от работающих агрегатов.

Осмотр больного с целью обнаружения предметов, которые могут быть использованы им в качестве орудий нападения и аутоагрессии производится по указанию врача (обычно перед транспортировкой, с помощью его близких, а также сотрудников милиции или иных лиц) и во всех случаях тщательным образом. В случаях, когда требуются обстоятельства, осмотр должен производиться без промедления. При посадке больного в транспорт следует проявлять осторожность в связи с возможностью травматизации. Во время транспортировки постоянно нужно контролировать поведение больного. Беседа (при возможности установления контакта) не должна затрагивать его болезненных переживаний, она должна быть отвлекающей и успокаивающей.

При выходе из помещения (квартира, подъезд и т.д.), при посадке в автомашину и высадке из автомашины от персонала требуется особая бдительность, так как в этот момент больной может совершить попытку к бегству, проявить в связи с этим агрессию! При транспортировке больного в ночное время суток, необходимо освещать салон автомашины. Автотранспорт должен располагаться на возможно более близком расстоянии к входу в помещение, удобном для быстрой посадки или высадки больного. Транспортировать в автомашине одновременно не более одного возбуждённого больного. Если у лица с психическими расстройствами, в момент осмотра или транспортировки, развилось состояние психомоторного возбуждения, то, по указанию и под контролем врача, необходимо применить меры физического стеснения, если иными методами невозможно предотвратить действия больного представляющие непосредственную опасность для него или для окружающих лиц.

О формах и времени применения мер физического стеснения сделать запись в медицинской документации - карте вызова, направлении на госпитализацию (Комментарий к статье 30 Закона).

Машина скорой психиатрической помощи должна быть оснащена соответствующим оборудованием, в частности, фиксирующими ремнями. В салоне автомашины пациент может быть прификсирован к носилкам в области конечностей, пояса, груди на уровне подмышечных впадин. Применение подобных мер фиксации при транспортировке больного допустимо также в случаях, когда эта мера является вынужденной в связи с состоянием пациента (Комментарий к статье 30 Закона). По прибытии в больницу следует сообщить персоналу приёмного отделения об особенностях состояния больного, представляющего опасность; в необходимых случаях оказать помощь персоналу приёмного отделения. Одежда сотрудников психиатрических бригад не должна препятствовать движениям, в карманах не должно быть твердых предметов, которые могут явиться причиной травмы при иммобилизации больного.

HOSPITALIZATION IN A PSYCHIATRIC CLINIC: ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS

Sazonova L.A., Pilchick A.B, Kolombet O.O.

Abstract. The article deals with the legal and organizational aspects of hospitalization in a psychiatric hospital. The order of admission. More presents current legal issues in the immediate hospitalization of psychiatric conditions and technology of the hospital.

Keywords. Hospitalization in a psychiatric clinic. acute mental disorders.

Психофармакотерапия

УДК. 616.89

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ СЕРТИНДОЛ И ЭСЦИТАЛОПРАМ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО РАССТРОЙСТВОМ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Волчкова Т.Ф., Лычкова Ю.В., Шеллер А.Д., Шукиль Л.В., Александрова О.А.

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

Министерство здравоохранения Омской области,
Управление по фармацевтической деятельности и производству лекарств

Аннотация. Приведена история болезни молодого трудоспособного мужчины, страдающего расстройством шизофренического спектра, склонного к плохой переносимости психофармакотерапии (экстрапирамидные нарушения, не купируемые приемом корректора тригексифенидила, чрезмерной седации). Данные обстоятельства в совокупности с низким комплаенсом, необходимостью сохранения социального статуса, профилактики нарастания негативной симптоматики и поддержания максимально возможного уровня жизни, послужило основанием для назначения препаратов Сертиндол (Сердолект), Эсциталопрам (Ципралекс), что повлекло положительную динамику в психическом состоянии пациента.

Ключевые слова. Шизофрения, сертиндол, эсциталопрам.

Активное использование в практике врачей – психиатров новых антипсихотических препаратов, обусловлено, кроме прочего, их позитивным влиянием на основные психические процессы у лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра [1-11]. Представляемый нами клинический случай является отражением применения препарата Сертиндол (Сердолект) у пациента с расстройством шизофренического спектра.

Пациент М. поступил впервые в реабилитационное отделение психиатрической больницы 29.05.2014 года после первичной госпитализации в стационар той же клиники. При поступлении жалоб активно не предъявлял.

Анамнез жизни и болезни: Психопатологическую отягощенную наследственность отрицает. Родился в полной семье, старшим из двоих детей. Проживает с семьей. Отец – руководитель, не пьет, флегматичен; мать - программист, холерик по характеру, глава в семье; брат - 13 лет, школьник. Отношения между родителями конфликтные. Дети больше занимается отец. Отношения с братом доброжелательные.

Патологию беременности и родов мать отрицает. Раннее развитие пациента без особенностей. Детский сад не посещал, воспитывался бабушкой. В детстве ничем серьезным не болел. Друзей практически не имел. Учился в школе хорошо, участвовал в олимпиадах. С одноклассниками до 5 класса «уживался», после стали оскорблять, разбрасывали учебники, били, издевались, «их было много». С этого времени считает, что изменился, «перестал совсем общаться», «думал, зачем я жил по течению?». В школе самостоятельно выучил английский язык. Читает книги, журналы. Хорошо разбирается в компьютерах, предпочитает играть в стратегические компьютерные игры, говорит, что «поменял жизнь на виртуальную». Не курит, алкоголь не употребляет. Туберкулез, операции, венерические заболевания, травмы головы с потерей сознания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

В течение нескольких лет отмечает сниженное настроение, чувствует «себя - измененным». Объективно стал более замкнут, молчалив, плохо сходится с людьми, появились слуховые обманы восприятия. На момент госпитализации в стационар был студентом 1 курса ВУЗа. Не смог сдать первую сессию, «трудно давалось, тяготился учебой, «не мое». С одноклассниками не познакомился, «не было желания».

Значительно состояние ухудшилось за месяц до госпитализации: появились суицидальные мысли, неоднократно наносил поверхностные царапины на левом предплечье. «Родители пытались вразумить сына», обращались к частным психиатрам, якобы чем-то лечился, непродолжительно, без положительной динамики.

Был госпитализирован 20.01.2014 года в стационар психиатрической больницы по направлению участкового психиатра в связи с тем, что канцелярским ножом нанес себе порезы на левое предплечье, «так как не сдал сессию». При поступлении фон настроения был снижен. На вопросы отвечал тихим голосом после пауз, избегал зрительного контакта. Внешне был неопрятен, волосы длинные засаленные. В своих переживаниях до конца не раскрывался. Наличие обманов восприятия не отрицал, говорил, что «какие-то шумы в голове, невнятные голоса, шум листвы», «можно распознать слова, которые кажутся мужскими». Отмечал, что наличие «голосов» никак ему не мешает, не тяготит. Мышление было паралогичное, в замедленном темпе. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицал, но говорил, что своей жизнью не доволен. Критика к состоянию была формальная. Говорил, что находится здесь, т.к. хочет «решить проблемы с общением». Получал лечение трифлуперазином, вальпроевой кислотой, дулоксетином. На фоне лечения сохранялись слуховые обманы восприятия, сниженный фон настроения. Стали отмечаться побочные явления в виде скованности, тремора, не купируемые корректором тригексифенидилом в течение недели, в связи с чем лечение отменено. Проведена детоксикация. С лечебной целью назначен кветиапин до 0,6 г/сут, венлафаксин до 0,2625 г/сут (3,5 таблетки по 75 мг), курсом получал инъекционный амитриптилин. На фоне лечения состояние улучшилось, выравнился фон настроения, купировались слуховые обманы восприятия. Фон настроения оставался сниженным. Сам свое настроение характеризовал на «4». Отмечал снижение памяти, рассеянность, медлительность: «Так уже давно, много лет». «Голоса» отрицал, поведением не обнаруживал. Звучали отрывочные бредовые идеи самообвинения: «Виноват перед родителями, что не оправдал их надежд». Эмоционально был выхолощен, амимичен. Суицидальные мысли отрицал.

В отделении был необщителен, аутичен. Заявлял, что в ВУЗ больше не вернется, т.к. с учебой не справляется: «Буду искать, что мне по душе, ничего меня не интересует». Критика к состоянию была снижена. Выписан с ДЗ: Шизоаффективное расстройство. Депрессивный тип. Аффективно-бредовый синдром. F 25.11, для долечивания в дневной стационар при отделении (18.04.2014 года - 28.05.2014 года).

Обследован по линии РВК, комиссован от службы в армии. В отделении было продолжено лечение кветиапином, венлафаксином. Фон настроения оставался сниженным. По-прежнему был малообщителен, общением с ровесниками тяготился. На фоне терапии жаловался на снижение артериального давления «в голове мутно, беспокоит головокружение». Периодически в выходные дни, утром забывал пить таблетки. Жаловался на плохую память. Был переведен на прием кветиапина – фумарата, но сонливость сохранилась, доза препарата была снижена до 0,4 г/сут. Суицидальные мысли категорически отрицал. Эмоционально был обеднен, гипомимичен. Критика к состоянию была недостаточной, но от лечения не оказывался. Выписан с улучшением для продолжения лечения и проведения комплекса мероприятий психосоциальной реабилитации в реабилитационное отделение, где находился с 29.05.2014 года по 15.11.2014 года. При поступлении был в сознании. Ориентирован во всех сферах верно. Внешне спокоен. Вял, сонлив. Неряшлив. Безразличен к внешнему виду. Мимика обеднена. Го-

лос маломодулированный. Не делился переживаниями. Беседовал тихим голосом, был крайне немногословен. Бредовые идеи активно не высказывал. Фон настроения был снижен. Суицидальные мысли категорически отрицал. Но критики к совершенному суициду не было – не мог дать оценку своему поведению. Обманы восприятия отрицал, поведением не обнаруживал. Конкретных планов на будущее не имел. Отсутствовала эмоциональная реакция на вопросы. Был не критичен к болезни. При поступлении лечение оставлено без изменений (кветиапин фумарат 0,4 г/сут, венлафаксин 0,2625 г/сут).

Во время пребывания в отделении обращал на себя внимание выраженной сонливостью, отсутствием реакции на ситуации «удача – неудача», пассивностью, неряшливостью. Регулярно сопровождался родителями до больницы. Ни с кем из пациентов не общался. Адаптировался с трудом. Жалоб активно не предъявлял. Переживаниями не делился. Периодически обманывал родителей и в отделение не являлся. Индивидуальный случай разобран на совете бригады, назначен менеджер, определен круг реабилитационных мероприятий в данное поступление – психообразование, тренинги социальных и коммуникативных навыков, психологическое консультирование, семейная психотерапия.

При проведении экспериментально - психологического обследования было выявлено: темп психической деятельности значительно снижен, выявлены выраженные колебания умственной работоспособности. Диагностировано легкое снижение attentивно – мнестических функций. Уровень интеллектуального развития соответствует возрасту и полученному образованию. Уровень абстрагирования достаточный. Мышление паралогичное, разноплановое, нецеленаправленное, выявлены эмоционально бедные ассоциативные связи. Снижен мотивационный компонент. На фоне понижения способности к организации продуктивной интеллектуальной деятельности выявляются операциональные нарушения мышления в виде нечеткости, расплывчатости, искажения. Пациент нуждался в постоянной организующей, стимулирующей помощи психолога. Критичность мышления снижена. Исследование памяти выявило значительные нарушения опосредованной памяти, непосредственное запоминание, в меньшей степени – нарушение динамики (плато:4-6-6-6-6). В личностном опроснике высокие показатели получены по шкале «шизоидность». Самооценка была неадекватно – низкой (тест Дембо – Руминштейна), уровень притязаний высокий. По опроснику Шминака выявлены сниженное настроение, пессимизм, отсутствие потребности в социальных контактах. По тесту Люшера отмечен низкий уровень стрессоустойчивости. По тесту Стилбергера пациент был отнесен к категории высокотревожных лиц, склонных воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать выраженными состояниями тревожности. По результатам теста «Незаконченное предложение» выявлены выраженная интровертированность, значительное снижение эмоционально-личностного тонуса. При обследовании страдали концентрация и переключение активного внимания. Выявлена высокая истощаемость (тест Шульте, корректурная проба), сужение объема восприятия. Диагностированы умеренные нарушения в эмоционально-волевой сфере пациента в виде снижения фона настроения, эмоциональной обеднённости, замкнутости, отгороженности, апатичности, сниженного энергетического потенциала, не критичности.

В течение полутора месяцев наблюдения положительной динамики не отмечалось. Сохранялась выраженная сонливость днем. При вовлечении в дневные программы быстро утомлялся, терял способность сосредоточиться на выполнении задания. Моторно был заторможен. Эмоционально невыразителен. Острой психопродуктивной симптоматики не выявлено. Пациент был практически безучастен к окружающему. Посещением отделения тяготился. Посещал под контролем родных. Лекарства также принимал под контролем.

Проведена коррекция лечения с назначением препарат Сертиндол (Сердолект) в дозе 0,008 г/сут. По истечении трех недель после замены препарата стало отмечаться уменьшение сонливости в первой половине дня. При этом по-прежнему в дневные программы вовлекался при побуждении со стороны персонала. Круга общения не приобрёл. Острой психопродуктивной симптоматики выявлено не было. Был не критичен. Продолжал вовлекаться в индивидуальные мероприятия психосоциальной реабилитации, особенно в форме психологической и психотерапевтической работы. В июле 2014 года оформлена справка для академического отпуска в ВУЗе на 2014-2015 учебный год.

В связи с сохранявшейся сонливостью, не имевшей соматической и неврологической обоснованности (по данным дополнительных методов обследования), при сохранении суточного ритма (не выявлено ночного бодрствования, по наблюдениям родителей) в августе препарат венлафаксин постепенно отменен и заменен препаратом Эсциталопрам (Ципралекс) в дозе 0,02 г/сут.

К октябрю 2014 года состояние пациента постепенно стабилизировалось – уменьшилась дневная сонливость. Он стал самостоятельно приезжать в отделение, выполнял элементарные трудовые задания. Пациент стал более опрятным. Объективно стала заметно оживляться мимика, появились эмоциональные реакции на успех и неудачу. Выровнялся фон настроения. На групповых занятиях стал более активно включаться в обсуждения, домашние задания выполнял под контролем отца. Общался в отделении с участниками группы.

Проведено повторное экспериментально – психологическое исследование, при котором была выявлена положительная динамика. Для пациента стал более характерен неравномерно – замедленный темп психической деятельности. Суждения стали более последовательными, без нарушения логики суждений. Появилась формальная критика к болезни. Стали менее выражены нарушения внимания. Исследование памяти выявило умеренные нарушения опосредованной памяти, непосредственного запоминания, в меньшей степени – нарушение динамики (4-6-6-7-7). Самооценка приобрела неустойчивый характер (тест Дембо – Руминштейна), По опроснику Шми-нака выявлены сниженное настроение, пессимизм, отсутствие потребности в социальных контактах. По тесту Люшера отмечен низкий уровень стрессоустойчивости. По тесту Стилбергера уровень ситуативной и личностной тревожности снизился. При повторном обследовании несколько улучшились концентрация и переключение активного внимания. Истощаемость внимания (тест Шульте, корректурная проба) осталась на том же уровне. Проведена профорientация, при которой не выявлено устойчивого интереса к какой-либо сфере деятельности.

Вместе с родителями стал заниматься поиском работы. Был принят неофициально распространителем визиток. С обязанностями справлялся. Острой психопродуктивной симптоматики в виде бреда, обманов восприятия не отмечалось. Стабилизировался суточный ритм. Легче шел на контакт с персоналом. От пациентов держался отгорожено. Лечение переносил хорошо. Острой психопродуктивной симптоматики не было отмечено. Был выписан с улучшением под наблюдение участкового психиатра диспансерного отделения на поддерживающем лечении препаратами Сертиндол (Сердолект) в дозе 0,008 г/сут, Эсциталопрам (Ципралекс) в дозе 0,02 г/сут.

Таким образом, в приведенном клиническом примере, мы описали историю болезни молодого трудоспособного мужчины, страдающего расстройством шизофренического спектра, склонного к плохой переносимости психофармакотерапии (экстрапирамидные нарушения, не купируемые приемом корректора тригексифенидила, чрезмерной седации), что, в совокупности с низким комплаенсом, необходимостью сохранения социального статуса, профилактики нарастания негативной симптоматики и поддержания максимально возможного уровня жизни, послужило ос-

нованием для назначения препаратов Сертиндол (Сердолект), Эсциталопрам (Ципра-лекс) и повлекло явную положительную динамику в психическом состоянии пациента.

Литература

1. Мердок Д., Китинг Дж.М. Сертиндол. Обзор применения в терапии шизофрении. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 55–60.
2. Цыганков Б.Д., Агасарян Э.Г. Анализ эффективности и безопасности современных и классических антипсихотических препаратов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2006. Т.106, № 9. С. 64–70.
3. Allison D.B., Casey D.E. Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature // J. Clin. Psychiatry. 2001. Vol. 62, Suppl. 7. P. 22–31.
4. Arnt J., Skarsfeldt T. Do novel antipsychotics have similar pharmacological characteristics? A review of the evidence // Neuropharmacol. 1998. Vol. 18, Suppl. 2. P. 63–101.
5. Blin O., Micallef J. Antipsychotic-associated weight gain and clinical outcome parameters // J. Clin. Psychiatry. 2001. Vol. 62, Suppl. 7. P. 11–21.
6. Branford D., Thompson B., Muldon C. Mortality in three comparative cohorts of patients who received sertindole, risperidone and olanzapine: a hospital-based, retrospective study // Pharmacoepidemiol. Drug Saf. 2002. Vol. 11, Suppl. 1. P. S116.
7. Gardner D.M., Baldessarini R.J., Warch P. Modern antipsychotic drugs: a critical overview // CMAJ. 2005. Vol. 172, N 13. P. 1703–1711.
8. Haddad P.M., Wieck A. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia: mechanisms, clinical features and management // Drugs. 2004. Vol. 64, N 20. P. 2291–2313.
9. Leucht S., Komossa K., Rummel-Kluge C. et al. Ameta-analysis of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2009. Vol. 166, N 2. P. 152–163.
10. Sturkenboom M.C.J.M., Picelli G., Moore N. Mortality during use and other antipsychotics: a comparative cohort study // 9th Int. Congress on Schizophr. Res. 2003. Vol. 2. Colorado Springs (CO), 2003
11. Tandon R. Safety and tolerability: how do newer generation “atypical” antipsychotics compare? // Psychiatric Quarterly. 2002. Vol. 73, N 4. P. 297–311.

EXPERIENCE OF THE PRACTICAL USE OF THE DRUG SERTINDOLE AND ESCITALOPRAM IN PATIENTS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDER

Volchkova TF, Lychkova JV, Sheller AD Shukil LV, Aleksandrova OA

Abstract. Shows the history of the disease of the young able-bodied man suffering schizophrenia spectrum disorder, prone to poor tolerability pharmacotherapy (extrapyramidal disorders, do not respond to reception corrector trihexyphenidyl, excessive sedation). These circumstances, coupled with low compliance, the need to maintain social status, preventing the growth of negative symptoms and maintain the highest possible level of life, served as the basis for prescribing Sertindole (Serdolekt) Escitalopram (Tsipraleks), which resulted in a positive trend in the mental state of the patient.

Keywords. Schizophrenia, sertindole, escitalopram.

Психотерапия и реабилитация

УДК 616.89

РЕЛИГИОЗНЫЙ КОМПОНЕНТ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ (пациенты отделения принудительного лечения специализированного типа, пациенты, проживающие в Омском психоневрологическом интернате)

Петрова А.И., Копотиенко О.В., Прокаева О.И., Кисляк З.В., Могиль О.В.

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

*Автономное стационарное учреждение социального обслуживания
«Омский психоневрологический интернат»*

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы включения религиозного компонента в психосоциальную реабилитацию психически больных. Проведено анкетирование пациентов, совершивших правонарушения и находящихся на принудительном лечении. Также проведено анкетирование постояльцев Омского психоневрологического интерната. Сотрудники обоих учреждений отмечают благотворное влияние церкви на пациентов. Они стали спокойнее, редуцировались агрессия, злобность, раздражительность, поведение стало более конструктивным, упорядоченным. Сотрудники обоих психиатрических учреждений вместе с православными священнослужителями выполняют общую задачу по восстановлению социального статуса психически больных, осознанию ими социальных ценностей, возвращению к социально-полезной жизни, нивелируют деструктивные и агрессивные проявления их поведения, а следовательно, вместе с психиатрической службой осуществляют реабилитацию и профилактику общественно-опасных действий.

Ключевые слова. Реабилитация, профилактика общественно-опасных действий, принудительное психиатрическое лечение, религия в психиатрии.

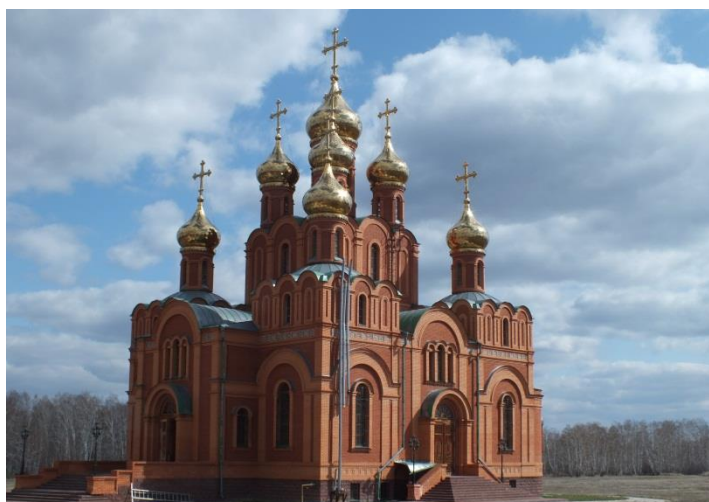
Первый этап становления психиатрии в России можно назвать монастырским. Со всей Руси в монастыри свозили душевнобольных и бесноватых. Монахи относились к ним, как к братьям во Христе, которые нуждались в христианской любви, облегчении страданий молитвами, уходом. С октября 1917 года почти 80 десятилетий в России отвергалось духовное понимание болезни, воцарилось безбожие, атеизм.

Считалось, что психиатрия и церковь - «две вещи несовместные». На религию психиатры смотрели, как на область психопатологии. Однако в современной России даже врачи-атеисты считают, что для верующих пациентов религия – важнейший фактор излечения, «переход из тени в свет». Именно психиатры стали первыми налаживать взаимоотношения с церковью, так как многие психические болезни с точки зрения медицины неизлечимы. Причины большинства эндогенных заболеваний недостаточно выяснены.

Опыт душепопечительства психически больных священнослужителями, душевное употребление слова, в том числе божьего, может быть использовано психиатрами, как психотерапевтическое лечение патологии сознания, души, которыми занимаются как психиатры, так и священнослужители. Области соприкосновения религии и психиатрии позволяют им работать совместно в интересах пациентов. Традиционной для России конфессией является православие, которое в настоящее время продолжает возрождаться и оказывает большое влияние на людей и общество в целом. Во многих больницах созданы церкви, в том числе в Омской психиатрической больнице несколько лет существует церковь Святого Василия Блаженного. Строится храм в загородном

отделении больницы. Пациенты большинства отделений имеют возможность еженедельно посещать службы в больничной церкви.

В психиатрическом отделении принудительного лечения специализированного типа № 11, где пациенты находятся по постановлению суда, без права выхода из отделения, в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи...» более двух лет реализовано право пациентов на общение со священнослужителем. Ежемесячно отделение посещают православные священники из близлежащего храма Святой великомученицы Параскевы (Пятницы). Они проводят религиозные обряды: крещение, причастие, исповеди пациентов, духовно их наставляют, осуществляют душепопечение психически больных. Полипрофессиональная бригада отделения в составе: врачей-психиатров, медицинских сестёр, медицинского психолога, специалиста по социальной работе как бы дополняется священнослужителем, который оказывает психотерапевтическое влияние на пациентов, проводит их душевно-нравственное просвещение. И хотя все священнослужители считают, что «не зная бога, нельзя знать душу», что «церковь выше психиатрии», специалисты отделения и священнослужители взаимно уважают и сотрудничают друг с другом без особых разногласий и соперничества, признают, что имеются параллели, много общего между психологическими знаниями и евангельскими истинами.



Ачаирский монастырь. Омская область.

Время показало, что мы можем работать совместно над общим результатом в интересах реабилитации пациентов. Безусловно, у нас разные взгляды на происхождение психических болезней. Психиатрия находится на материалистических позициях. Возникновение психических болезней происходит вследствие генетических, обменных и других нарушений, которые приводят к болезненным сбоям в работе головного мозга. Для священнослужителя душевные болезни, как и телесные, по наущению Божьему посылаются человеку в целях его спасения. Все болезни – следствие первородного грехопадения. Душевный недуг – Господом возложенный крест. Психические расстройства могут появляться в результате действия злых духов на человека. Психические нарушения рассматриваются как вид бесоодержимости, из-за чего душа томится и страдает. Пасторское душепопечение направлено против зла и греховности в людях, а некоторые священнослужители занимаются изгнанием злых духов, бесов. В семинариях существует курс Пасторской психиатрии, за основу которого взята книга основоположника отечественной социальной психиатрии, глубоко верующего человека Д. Е. Мелехова «Психиатрия и проблемы духовной жизни».

Священнослужители, посещающие ежемесячно пациентов 11 отделения, понимают, что одной молитвой помочь при душевном заболевании – «повреждении души» невозможно, признают необходимость лечения лекарственными препаратами, соглашаются, что многие психические расстройства возникают на биологическом уровне. Цель священнослужителей – изменение греховного образа жизни больных, их покаяние, осознание прежних ошибок, с тем чтобы пациенты не возвращались на преступный путь, избавлялись от зависимости от психоактивных веществ, то есть вместе с психиатрами по большому счету священнослужители участвуют в профилактике общественно-опасных действий пациентов, в их психосоциальной терапии. Милосердие



Иерей Галаган совершает богослужение
в 11 отделении

– предпосылка сближения науки и религии, церкви и медицины, в том числе психиатрии во благо больного человека.

В 11 отделении, рассчитанном на 55 коек, находятся на принудительном лечении специализированного типа пациенты, тяжкие правонарушения совершившие чаще всего в состоянии алкогольного, либо наркотического опьянения. Большинство пациентов являются хронически больными, с выраженными психопатоподобными изменениями личности, когнитивным дефицитом, склонные к агрессивным и импульсивным действиям, в связи с чем по назначению врачей-психиатров получают терапию психофар-

макологическими препаратами.

Нами проведено исследование с анкетированием православных пациентов 11 отделения в сравнении верующих проживающих Омского психоневрологического интерната. Число православных пациентов составляет около 30% контингента.

Пациенты отвечали на следующие вопросы: 1. Что значит в вашей жизни православная вера, церковь? 2. Как вам помогает общение со священником? Все пациенты отметили, что общение со священником духовно наставляет, облегчает жизнь с теми грехами, которые они совершили, помогает очистить душу от тяжелого груза, вселяет веру в прощение своих ошибок. Становится легче жить с верой в Бога, который прощает грехи. Православную церковь называют обителью добра и откровения для верующих людей, фундаментом, опорой всего. По мнению многих пациентов церковь помогает поверить в себя, даёт силу, терпение, желание меньше грешить, жить по заповедям Божьим. Встреча со священником, как посредником между людьми и Богом, приносит душевное успокоение, позволяет радоваться жизни даже в условиях ограничения свободы, жить с теми грехами, которые совершены. Один из пациентов написал стихотворение под названием: «Ангел-хранитель», в котором как бы обобщаются все душевные переживания пациентов:

*Господь всегда рядом и Ангел со мной,
Навеки мне данный хранитель.
Я с ним принимаю решительный бой,
Раздавлен, падёт искуситель!
Храни меня Ангел от чёрного зла,
Чтоб я на добро не скупился,
И чтобы душа счастье, мир обрела,
Я в вечность Христа поселился!*

Проживающие Омского психоневрологического интерната общаются со священнослужителями с 2012 года, на год дольше, чем пациенты 11 отделения. У них есть возможность посещать близлежащие храмы в с. Лузино Омского р-на, мкр. Входной. Также их посещают священнослужители и волонтеры из храма Святой мученицы Татианы Омской Епархии Русской Православной церкви, которые оказывают не только душепопечительство, но находят шефов и спонсоров, которые дарят проживающим настольные игры, спортивный инвентарь, участвуют в досуговых, развлекательных, спортивных мероприятиях, закупают необходимые материалы для творческих работ проживающих. Представители храма по связям с общественностью помогают с транс-

портом, чтобы вывозить футбольную команду к местам проведения соревнований, творческие коллективы на гастроли по другим психоневрологическим интернатам. Помогают в организации выставок творческих работ проживающих на ежегодной Православной Покровской выставке-ярмарке Омской Епархии Русской Православной церкви в ТК «Континент». Оказывают содействие в налаживании партнерских отношений психоневрологического интерната с некоммерческими общественными организациями, например, с НПО «Химик», с обществом инвалидов «Виза». Волонтеры помогают вывозить пациентов-колясочников на экскурсии, концерты, выставки, фестивали, которые организуются совместно с обществом инвалидов.

Результаты анкетирования проживающих психоневрологического интерната во многом схожи с результатами анкетирования пациентов 11 отделения. Проживающие называют церковь – «мой дом родной», где они отдыхают от греха, общаются с братьями и сёстрами во Христе, чувствуют облегчение, радость, счастье всепрощения после исповеди, молитвы. Ходят в церковь, что «вылечить душу, замолить грехи». Верят, что Господь «защитит от напастей». Многие видят смысл жизни в соблюдении постов, строгого стиля в одежде, возможности поминовения умерших. Отмечают, что под влиянием церкви стараются быть добрыми, помогать людям. Сотрудники обоих учреждений также отмечают благотворное влияние церкви на пациентов. Они стали спокойнее, редуцировались агрессия, злобность, раздражительность, поведение стало более конструктивным, упорядоченным. Верующие оказывают благотворное влияние на атеистов, агностиков, а также исповедующих другую веру. Значительно смягчились нравы в общении пациентов 11 отделения и проживающих психоневрологического интерната друг с другом, с персоналом, охраной. Верующие ждут общения со священнослужителем, готовятся к встрече, читают религиозную литературу.

Таким образом, сотрудники обоих психиатрических учреждений вместе с православными священнослужителями выполняют общую задачу по восстановлению социального статуса психически больных, осознанию ими социальных ценностей, возвращению к социально-полезной жизни, нивелируют деструктивные и агрессивные проявления их поведения, а следовательно, вместе с психиатрической службой осуществляют реабилитацию и профилактику общественно-опасных действий.



Проживающие Омского психоневрологического интерната в Ачаирском монастыре

RELIGIOUS COMPONENT OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF MENTAL PATIENTS (patients in a specialized type of compulsory treatment, patients living in Omsk psycho-neurological boarding)
Petrova AI, Kopotienko OV Prokaeva OI, Kislyak ZV, Mogil OV

Abstract. This article describes how to enable the religious component in psychosocial rehabilitation of the mentally ill. A survey of patients who have committed offenses and under compulsory treatment. Also conducted a survey of Omsk residents neuropsychiatric boarding. Staff at both agencies say the beneficial influence of the church on patients. They became calmer, reduced aggression, malice, irritability, behavior became more constructive, orderly. employees of both psychiatric institutions together with the Orthodox priests perform a common task to restore the social status of the mentally ill, the realization of social values, a return to socially useful life, negate the destructive and aggressive manifestations of their behavior and, consequently, with the psychiatric services are rendered social rehabilitation and prevention crime.

Keywords. Rehabilitation, prevention of socially dangerous actions, forced psychiatric treatment, religion.

Клиническая психология

УДК: 378.046.4

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО - ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ АСПИРАНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА КАК УСЛОВИЕ РАЗВИТИЯ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Гетман Н. А., Педан Т.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омский государственный медицинский университет»

Аннотация. Анализируются роль педагогической практики как формы реализации компетентностного подхода в медицинском вузе. Предлагаются пути реализации данного подхода в соответствии с общими задачами модернизации российского образования. Рассматриваются изменения требований к уровню психолого-педагогической компетентности аспирантов медицинского вуза как условия повышения качества образования.

Ключевые слова. Профессиональная компетентность преподавателя; психолого-педагогическая компетентность; психолого-педагогическая практика.

Для осуществления современных задач обновления высшей медицинской школы, повышения качества образования и реализации стратегии «Образование 2020», осуществление Болонского соглашения является, пожалуй, стержневым моментом. В русле современной образовательной политики, после принятия Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» в 2012 году, образование рассматривается как общественно значимое благо, под которым понимается целенаправленный процесс воспитания и обучения в интересах человека, семьи, общества, государства, а также совокупность приобретаемых знаний, умений, навыков, ценностных установок, опыта деятельности и компетенций, определенных объема и сложности.

Обучить будущих врачей успешному решению профессиональных задач и способствовать их личностному развитию возможно при использовании компетентностно- и личностно-ориентированных форм, методов, технологий обучения аспирантов медицинской школы.

Сформированность профессиональных компетенций аспирантов опосредовано влияет на формирование общекультурных и профессиональных компетенций обучающихся [1,2]. Достижение этой цели требует реализации системы условий, одним из которых является организация и проведение психолого-педагогической практики.

Психолого-педагогическая практика в системе дополнительного профессионального образования является важнейшим компонентом профессиональной подготовки аспирантов вуза для осуществления эффективной педагогической деятельности. Для аспирантов Омского государственного медицинского университета практика будет проводиться в рамках дополнительной образовательной программы послевузовского профессионального образования на базе кафедры педагогики и психологии. Её проведение включает две основные составляющие:

а) практическая деятельность аспирантов по организации и проведению учебных занятий;

б) проведение психолого-педагогического исследования по актуальной проблеме медицинской высшей школы.

Цель и задачи данной практики были сформулированы в соответствии с основ-

ными видами деятельности (психолого-педагогическая деятельность, организационно-педагогическая деятельность, научно-педагогическая деятельность) и профессиональными компетенциями.

В качестве основных профессиональных компетенций аспирантов медицинского вуза были выделены следующие:

1) психолого-педагогическая компетенция – способность и готовность развивать профессионально важные и значимые качества личности будущего врача;

2) организационно-педагогическая компетенция – способность и готовность проектировать и организовывать образовательный процесс в медицинском вузе (проведение учебных занятий и воспитательных мероприятий, организация самостоятельной и научно-исследовательской деятельности обучающихся, проведение мониторинга качества подготовки студентов);

3) научно-педагогическая компетенция – способность и готовность изучать актуальные педагогические проблемы, основываясь на принципах методологии психолого-педагогических исследований.

Основной целью практики является формирование у аспирантов профессиональных компетенций, необходимых для организации и проведения учебных занятий, а также для выполнения психолого-педагогического исследования в рамках выпускной квалификационной работы и в ходе осуществления профессиональной деятельности. Содержание педагогической практики включает следующие вопросы:

1. Разработка теоретических и практических учебных занятий по дисциплине. Проведение этих занятий.

2. Разработка необходимой учебно-методической документации к проводимым учебным занятиям.

3. Разработка и проведение воспитательного мероприятия со студентами.

4. Разработка программы развития самостоятельной и исследовательской деятельности студентов и ее реализация.

5. Разработка программы оценки качества подготовки студентов и ее реализация.

6. Реализация экспериментальной части психолого-педагогического исследования в рамках выполнения выпускной квалификационной работы.

Выбор содержания программы педагогической практики определялся, исходя из стратегии современной образовательной концепции, основанной на компетентностном подходе, основных видов профессиональной деятельности и компетенций будущих преподавателей медицинского вуза, цели и задач данной практики, а также результатов эмпирических исследований.

Перспективным направлением в данной области исследований является создание программы формирования профессиональных компетенций будущих преподавателей высшей медицинской школы, подготовка учебных и учебно-методических пособий, позволяющих обеспечить образовательный процесс реализации программы «Преподаватель высшей школы».

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.

2. Гетман Н. А. Условия развития психолого-педагогической компетентности преподавателя медицинского вуза // Педагогическое образование в России. - 2012. - № 2. - С. -113.

3. Вербицкий А. А. Компетентностный подход и теория контекстного обучения: Материалы к четвертому заседанию методологического семинара 16 ноября 2004 г. - М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. - 84 с.

4. Компетентностно-ориентированное обучение в медицинском вузе / Артюхина А. И., Гетман Н. А., Голубчикова М. Г., Лопанова Е. В., Рабочих Т. Б., Рыбакова Н. Н. - Омск: ООО «Полиграфический центр КАН», 2012. – 198 с.

5. Психолого-педагогические основы профессиональной деятельности преподавателя медицинского вуза: Метод. рекомендации для преподавателей мед. вузов / Под ред. Вадеевской Н. Е. – М. : Издательство Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, 2012. – 172 с.

6. ФГОС ВПО по направлению подготовки (специальности) 060101 Лечебное дело (Квалификация (степень) «специалист») от 08.11.2010 г. № 1118

ORGANIZATION OF PSYCHOLOGICAL-PEDAGOGICAL PRACTICE POST GRADUATE OF THE MEDICAL UNIVERSITY AS A CONDITION OF THEIR PROFESSIONAL COMPETENCE

Getman N.A., Pedan T.N.

Abstract. Analyses role of pedagogical practice as forms of realization of competence approach are in medical institution of higher learning. The ways of realization of this approach are offered in accordance with the general tasks of modernization of Russian education. The changes of requirements are examined to the level of psychology-pedagogical competence of post graduate of medical institution of higher learning as terms of upgrading of education.

Keywords: professional competence of teacher; psychology competence; pedagogical practice.

УДК: 376

СЕЛФИ: ХРОНИКА САМОУТРАТЫ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА

Нелюбин Н.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омский государственный педагогический университет»

Аннотация. В статье осуществляется критический анализ феномена «селфи», который рассматривается автором как один из симптомов трансформации идеи человека. Анализируется повествовательная составляющая «селфи», вскрываются симулятивные тенденции в презентировании человеком жизненных отношений посредством «селфи-повествования». С точки зрения автора, массовое распространение этого явления олицетворяет собой утрату современным человеком аутентичности и закрепляет практику культивирования ложной самотолждественности.

Ключевые слова. «Селфи», идентичность, самоутрата, автор, повествование, образ, человек.

*«Альтернатива «личность или лицо» все еще ждет
своего часа, чтобы нарушить приятную инерцию
нашего полуличностного существования».*

А.М. Пятигорский

Я не случайно начинаю статью именно с этого эпиграфа. Он, как мне кажется, наиболее точно отражает состояние современного человека, внутри которого по-прежнему продолжается борьба между подлинным и мнимым, видимо и составляющая сердцевину вечно длящейся драмы человеческого бытия. На авансцену этой драмы выходит как будто бы комическая и легкомысленная фигура явления, которое получило имя «селфи». Попробуем разобраться так ли это на поверку, и какие серьезные тенденции могут скрываться за внешней несерьезностью данного явления.

Масштаб этого, милого и безобидного на первый взгляд, увлечения не может не впечатлять, и оно будет только прогрессировать, хотя бы в силу того, что уже вложены огромные деньги на разработку и производство технических средств, программного обеспечения и виртуальных приложений предназначенных для его обслуживания. Пока я писал первые строки статьи, несколько моих знакомых в социальной сети обновили фотографии профиля, причем сделав это в стиле «селфи». Зачем человек с навязчивой частотой делает автопортреты, явно или подспудно стремится выставить

их на обозрение миллионам анонимных пользователей всемирной паутины? Этот вопрос, безусловно, ждет своего прояснения, при чем, не только в категориях современной психиатрии, но и в свете более широкого – антропологического контекста, усиленного новым философским и психологическим взглядом. Поэтому феномен «селфи» должен сегодня становиться предметом междисциплинарного дискурса, который будет вестись на стыке философии, психологии и психиатрии.

Своеобразным местом пересечения психиатрического и антропологического контекстов являются «теоретические линзы», предложенные А. Маслоу и Б.С. Братусем для того, чтобы замечать, описывать и объяснять «психопатологии обыденного» (З. Фрейд) или так называемые «неврозы нормального человека», когда он «психически здоров, но личностно болен» [4]. Такой «диагноз» становится распространенным явлением, когда на уровне внешне наблюдаемого социального функционирования человек полностью адаптивен, условно успешен и счастлив, но, вместе с тем, имеет место незаметный сдвиг на уровне аксиологии его личностного бытия. «Конечно, все более и более очевидным кажется то, что мы называем «нормальным» в психологии на самом деле является психопатологией обычного, такой недраматичной и настолько широко распространенной, что мы обычно даже не замечаем этого», – отмечал А. Маслоу [9].

На наш взгляд введение такого термина как «селфи-зависимость» в психиатрический обиход, принципиально не будет являться прорывом в понимании этого явления, даже если удастся детализировать и описать его признаки и симптомы, что уже делается некоторыми авторами. Сегодня уже появляются достаточно категоричные определения, с элементами огульного психиатрического линчевания, которое явно опережает опыт размышления: «Селфизм», или увлечение «селфи» – частный случай социомедийного нарциссизма и виртуального сетевого эксгибиционизма» [Цит. по 12].

Исследовательская задача заключается в том, чтобы заглянуть за внешне наблюдаемую ширму этого явления и попробовать разглядеть отчасти уже описанные тенденции деперсонализации и формы бегства человека от себя, и в то же время наметить новые концептуальные горизонты понимания феномена «селфи». В этом плане необходимым и первичным исследовательским шагом является не разработка специальной терминологии и симптоматологии, позволяющих наименовывать и диагностировать явление, а построение теоретического взгляда и введение концептуальных ракурсов, позволяющих вообще как-то начать размышлять и рефлексировать над ним.

В соответствие с указанным выше контекстом, в данной статье «селфи» нас будет интересовать скорее как симптом трансформации идеи человека. Аналитической мишенью, таким образом, будет выступать не само это явление массовой культуры, а скорее те ценностные отношения и культурные установки, которые кристаллизовались в сознании теперь уже большого количества людей, и сейчас таким способом, как неявные сообщения канализируются в массовую культуру. В этом плане все фотографии, сделанные в стиле «селфи», являются собирательным образом и даже в определенной мере метафорой одного из измерений человеческого вообще. Экзистенциально-феноменологический анализ содержания данного измерения, позволит понять те глубинные мотивационные предпосылки увлечения «селфи», которые, как правило, остаются в тени обыденных мотивировок вовлеченных в это занятие людей.

Что необходимо признать, так это то, что центральный вопрос заключается не в том, как будут отныне трансформироваться способы общения и социальной идентификации человека в связи с прогрессирующим этим явлением. Скорее необходимо констатировать, что с человеческой идентичностью уже что-то произошло, так что «селфи» становится теперь лишь закономерным проявлением этой тенденции.

Первое и самое очевидное объяснение заключается в рассмотрении «селфи» в качестве современной формы эгоцентризма, возможно выполняющей компенсаторную функцию. Это стремление человека заявить о себе, вызвать симпатии, стать мимолет-

ным событием новостной ленты социальной сети, когда очередной снимок претендует стать актуальной новостью, способной приковать к себе внимание других пользователей. В свое время, еще К. Ясперс, обращая внимание на распространение принципа формирования межличностного интереса в современном ему обществе, писал: «отдельный человек ценится в качестве интересного, не в качестве самого себя, а как раздражитель; раздражение прекращается, как только он больше не удивляет» [15, с. 358].

Самым быстрым и мало затратным, с точки зрения интеллектуальных вложений, способом поддержания интереса и создания информационного повода является обновление фотографии профиля на персональной странице. Претензия, на то чтобы оставаться в поле интересов подписчиков, подстегивает многих владельцев персональных страниц примерять новые образы, искать яркие декорации и зрелищные фоны для очередного «селфи». Эффект портретной глубины характера почти никогда не достигается. Как правило, на снимке угадывается типичный герой (героиня) определенного жанра, чаще всего развлекательного, приключенческого, псевдо-эпического, лирического, эротического. С этой точки зрения, самый дешевый и верный способ заработать хоть какую-то популярность, это воспроизвести в выражении лица (не важно, с ироничным или настоящим пафосом) черты обобщенного героя того или иного жанра. Т. Адорно и М. Хоркхаймер очень четко уловили тенденцию механической стилизации, уничтожающей настоящую эстетику: «лица девушек из Техаса уже совершенно естественным образом начинают походить на лица преуспевающих моделей, типажи которых поставляются Голливудом. Механическое воспроизводство красоты, которому чистосердечно служит реакционный культурфанатизм своим методичным обоготворением индивидуальности, уже более не оставляет места тому обожанию до беспамятства которое некогда было сопряжено с явлением красоты» [14, с. 175-176].

Современный пользователь социальной сети, все больше становится подверженным желанию, порой принимающему навязчивому форму: «Как бы так произвести впечатление (социально успешного человека, интеллектуала, модного блоггера, звезды интернета), ничего особо не производя, не «оплачивая» работой мышления, опытом переживания и драмой преодоления?». Стратегия самопредъявления и обезличивающая коммуникативная игра, ставшие нормой онлайн-общения, сегодня все больше вытесняют из него стратегию самораскрытия [10]. Здесь о самопредъявлении я говорю, как о вполне известном и распространенном стремлении субъекта управлять производимым на других впечатлением и корректировать свою виртуальную представленность. Очень точно эта стратегия «схвачена» Б. Пастернаком в следующих строках:

*Цель творчества - самоотдача,
А не шумиха, не успех.
Позорно ничего не знача,
Быть притчей на устах у всех.*

Таким образом, автор «селфи» внешне реализуя стремление подчеркнуть индивидуальность, претензию на оригинальное самовыражение, тем самым ее нивелирует, сводя фотографический образ собственного Я к коллажу медийных, кинематографических, клиповых и иных штампов. «В изготавливаемых по выкройкам журнальных обложек лицах киногероев и частных лиц таит иллюзия, в которую и без того уже никто не верит, и любовь к этим героическим моделям подпитывается тайным удовлетворением от того, что от усилий в деле индивидуации удастся, наконец, избавиться путем замены их на усилия в деле конечно же более дух захватывающего подражания» [14, с. 195]. Самой настораживающей тенденцией здесь является тот факт, что пользователи столь активно и увлеченно участвуют в генерировании глобального коллажа, олицетворяющего собой утрату аутентичности современным человеком.

Попробуем отвлечься от негативного оттенка предыдущего объяснения и обра-

тимся к исходному описанию субъекта вовлеченного в это занятие. С точки зрения организации смыслового пространства персональной страницы, ее хозяин, как правило, представлен в следующих ипостасях: 1) как относительно самостоятельный дизайнер и модератор с одной стороны; 2) как герой, персонаж, виртуальный представитель конкретного субъекта, который отчасти рационально, а во многом иррационально конструирует этого персонажа. Таким образом, «селфер» представлен как минимум в двух планах, – как субъект означивания и как олицетворение виртуальной презентации себя, которая конструируется этим субъектом означивания.

В этом разделении нет ничего принципиально нового, здесь кроется широко распространенная нарративная практика субъекта, выражающаяся в его желании выступать в качестве рассказчика, автора сюжета и в некотором роде биографа своего персонажа, но делать это не с помощью вербальных средств, а с помощью автопортретов. В них обнаруживается определенный манифест, форма отношения и вместе с тем определенная форма высказывания о себе. В какой-то мере, персональная страница пользователя – это мир вымысла, но как отмечал П. Рикер: «Мир вымысла – это лаборатория форм, где мы пробуем возможные конфигурации действия, чтобы испытать их основательность и осуществимость» [11]. В таком понимании, казалось бы, заложена надежда на обнаружение конструктивной функции в создаваемой «селфером» галерее автопортретов, но, тем не менее, в изобразительном наполнении этой галереи чаще всего недостает какого-то очень важного связующего элемента.

«Если человек для какой-то надобности создает повествование о себе, - как отмечает Е.Е. Сапогова, - в нем центральным объединительным компонентом обязательно выступает отношение к себе, к жизни вообще и ее переживаемым, текущим моментам, к другим людям, к миру в целом и т. д., адресуемое реальному, потенциальному или виртуальному слушателю» [7, с. 39]. И дальше: «Без этого отношения биография сведется к хронике, к линейности жизнеописания, утратит свою индивидуальность и даже в какой-то мере уничтожит сам смысл повествовать о себе» [Там же].

Таким образом, «между строк» бытийного повествования о себе всегда, в качестве неявного подтекста, проглядывает персональная жизненная философия, которая и является его объединительным моментом. Другое дело, когда более или менее аутентичное повествование подменяется отдельными высказываниями, сделанными в трикстерском жанре, когда автор намеренно или подспудно расщепляет себя в идейных и семантических пространствах разных контекстов, якобы одинаково соразмерным с ним. Если проводить параллель с визуальным повествованием, когда в качестве авторского высказывания выступает «селфи», то оно в большей мере отражает второй момент, то есть отстраненную игру образов и масок, выполненных в столь же одинаково значимых, как и в столь же одинаково отчужденных жизненных контекстах, в результате чего теряется настоящее лицо человека. Такое построение сюжетной линии «селфи-повествования», сродни плутовскому роману, сложенному из отдельных эпизодов и сцен, в котором: «Главный герой ... не становится лучше (или хуже), а лишь участвует в эпизодических, дискретных событиях. Его рассказ заканчивается внезапно, не достигая какой-либо цели. Поскольку в романе отсутствует цель, его развязка не имеет отношения ни к счастливому разрешению всех проблем, как в комедии, ни к роковой ошибке, как в трагедии. Вместо использования такой громоздкой шкалы успех и неудача определяются на основе повседневного опыта. (Особое внимание уделяется еде, одежде, деньгам, сексу.)» [13, с. 72].

В новостных лентах селферов, как и в плутовских повествованиях как правило «... отсутствует изображение устойчивых отношений. Много внимания уделяется персонам, маскам и личинам на всех уровнях жизни» [Там же]. Как правило, сама история создаваемых пользователями социальной сети сообщений создается по принципу постмодернистского текста, в котором игра ссылок, сообщений, комментариев, фото-

графий профиля и т.п. «заполняет все и поглощает саму себя, ведет к утрате цели и смысла игры» [6]. Пестрое полотно персональной новостной ленты создается, как будто, в соответствие с изначальной обреченностью автора на самоутрату: «... заблудившись в этой ткани (в этой текстуре), субъект исчезает подобно пауку; растворенному в продуктах своей собственной секреции, из которых он плетет паутину» [1, с. 515].

Таким образом, двойственность «селфи» заключается в том, что с одной стороны (на уровне публичного манифеста персоны), это хроника индивидуальности, с другой – это свидетельство ее утраты и растворения образа человека в копирующих и дублирующих друг друга сценах, масках, позах, и выражениях лица. Это попытка соотнестись с уже существующим культурным прототипом, более популярным и растиражированным, чем сам индивидуум и обрести через эту соотнесенность иллюзию идентичности. Удивительно, но М.К. Мамардашвили задолго до появления социальных сетей отмечал: «чаще всего мы живем чужой жизнью, а не своей, думаем чужие мысли, питаемся отходами чужих чувств. И если мы будем соотносить их с изначальностью себя как существа, думающего свои мысли и переживающего свои чувства, то только тогда начнем понимать что-то о самих себе» [8, с. 39].

Получается, что «повествовательная идентичность», к которой «селфер» должен был прийти путем выкладывания в определенной хронологии своих фотографий, рассеивается на эпизоды установления мимолетного сходства, тождества с персонами, навеянными массовой культурой.

Действительно, у массового человека очень мало шансов быть соотнесенным с собственной идентичностью и в соответствие с ней координировать собственную жизнь. Чаще человек встроен в ремейк жизни какого-то эталонного или «нормализованного» субъекта жизненных отношений. В какой-то мере он даже заинтересован, в том, чтобы удерживать себя в отчужденной соотнесенности с кем-то сторонним. Это необходимо для того, чтобы как можно дальше отодвинуть от себя страх «не сбыться», «не осуществиться» [8]. Симулирование индивидуального жизненного пути является таким обычным занятием массового человека, что становится очень сложно обнаружить грань между его подлинным и вымышленным бытием: «Все что нам остается – тщетные притворные попытки породить какую-то жизнь помимо той, которая уже существует. Мы живем в постоянном воспроизведении идеалов, фантазмов, образов, мечтаний, которые уже присутствуют рядом с нами и которые нам, в нашей роковой безучастности, необходимо возрождать снова и снова» [2, с. 8]. Под симулированием я здесь вслед за цитируемым философом понимаю стремление человека «делать вид, что имеешь то, чего нет на самом деле» [3, с. 18]. Эта тенденция не исчерпывается лишь смыслом ложного обладания вещью, подчеркивающего тождество индивидуума с определенным эталонным субъектом для идентификации. Гораздо полнее она предстает, когда речь идет об иллюзии переживания, когда его наблюдаемый знак выступает лишь в качестве внешнего указателя, вывески того состояния, которое в феноменологическом смысле отсутствует. К примеру, большинство, возвышенных поступов, альтруистических жестов (оплачиваемых часто лишь переадресацией или выражением симпатии к сообщениям о бездомных котятках), на деле оказываются лицемерными этикетками старого доброго «американского гуманизма».

Ж. Бодрийяр, гипотетически, выделил последовательные фазы трансформации функций образа в массовой культуре: 1) он есть отражение базовой реальности; 2) он маскирует и искажает базовую реальность; 3) он маскирует отсутствие базовой реальности; 4) он не имеет отношения к какой-либо реальности, чем бы она ни являлась: он является своим собственным чистым симулякром [Там же, с. 23].

Если попытаться установить соответствие между той смысловой нагрузкой, которую несет в себе «селфи», и одной из перечисленных выше функций образа, то получается, что фотографии, сделанные в этом стиле, по своей выразительной нагрузке

соответствуют третьей фазе. В них в качестве публичного и легитимного представителя субъективности, чаще всего, наличествует образ, загораживающий собой банкротство базовых (собственноличных) переживаний и жизненных отношений человека. Очередные попытки встроить свой «свежий» и как будто бы нетривиальный образ в новостную ленту социальной сети все дальше уводят человека от действительно стоящей и драматичной попытки «встроиться в герменевтику собственной жизни» [5, с. 106]. Пространство персональной страницы превращается в лабиринт выразительных средств, в котором в конечном итоге «исчезает всякая самотождественность» [1] автора на уровне интенционального субъекта, при внешней его отождествленности с вроде бы случайными фотографиями, записями и всем тем, к чему он присоединился на уровне знака симпатии и тождества.

Итак, совершенно очевидно, что «селфи» несет в себе определенный манифест эгоцентризма современного человека. Центральное противоречие такого способа самовыражения, заключается в том, что явная (наивная) часть этого манифеста содержит признаки стремления человека к самотождественности через казалось-бы спонтанное расширение репертуара «Я-образов». Его неявная часть представляет собой фотохронику утраты человеком идентичности, «рассеивающейся» в созданном им коллаже симулятивных и эпизодических тождеств с протообразами, масками и клише, поставляемыми массовой культурой.

Литература

1. Барт Р. Избранные работы: Семиотика: Поэтика / Пер. с фр. / Сост., общ. ред. и вступ. ст. Г. К. Косикова. - М.: Прогресс, 1989. - 616 с.
2. Бодрийяр Ж. Прозрачность Зла. - М.: Добросвет, 2000. - 300 с.
3. Бодрийяр Ж. Симулякры и симуляция / Пер. О.А. Печенкина. - Тула, 2013. - 204 с.
4. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии. - №5. - 1997. - С. 3-19.
5. Буякас Т.М. Феноменология смысла: смысл как зов души // Московский психотерапевтический журнал. - № 2. - 2009. - С. 94-109.
6. Кабанова И.В. Зарубежная литература. Постмодернизм. Структура постмодернистского текста. URL: <http://17v-euro-lit.niv.ru/17v-euro-lit/kabanova/postmodernizm.htm> (дата обращения: 07.03.2015).
7. Сапогова Е.Е. Автобиографирование как процесс самодетерминации личности // Культурно-историческая психология. - №2. - 2011.- С. 37-51.
8. Мамардашвили М. Эстетика мышления. - М.: Изд-во. Московская школа политических исследований, 2000. - 416 с.
9. Маслоу А. Экзистенциальная психология – что в ней для нас? / Экзистенциальная психология / Под ред. Р. Мэя. - М.: Апрель Пресс & ЭКСМО-Пресс, 2001.
10. Нелюбин Н.И. Современное состояние духовного развития человека // Общество и человек в контексте трансформации современной России: материалы международной научно-практической конференции (Омск, 27 февраля 2014 г.) / отв. ред. Г. И. Тюменцева. – Омск: Омская юридическая академия, 2014. - С. 54-60.
11. Рикер. П. Что меня занимает последние 30 лет. URL: http://hyperlib.libfl.ru/viewurl.php?url=/files/archive/texts/R/Riker_Chto_menya_zanimaet/Riker_Chto_menya_zanimaet.htm (дата обращения: 07.03.2015).
12. Ударить в Сеть лицом // Новые известия URL: <http://www.newizv.ru/society/2014-04-04/199683-udarit-v-set-licom.html> (дата обращения: 07.03.2015).
13. Хиллман Дж. Внутренний поиск / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2004. - 335 с.
14. Хоркхаймер М., Адорно. Т. Диалектика просвещения. Философские фрагменты. - М. Спб., 1997.- 312 с.
15. Ясперс К. Духовная ситуация времени / Смысл и назначение истории / Пер. с нем. - М.: Политиздат, 1991. - С.287-418.

SELF: CHRONICLE OF SELF-LOOSING OF MODERN MAN

Nelyubin NI

Abstract. The article made a critical analysis of the phenomenon of "self", which is regarded by the author as one of the symptoms of the transformation of the idea of human rights. Analyzes the narrative component of the "Self", opened simulative trends of presentation of vital human relations through "self-narrative." From the point of view of the author, the mass distribution of this phenomenon represents a loss of authenticity and modern human culture reinforces the practice of false self-identity.

Keywords. "Self", self-loosing, identity, author, story, image, man.

История психиатрии

УДК 616.89

ОТКРЫТИЕ ПЕРВОЙ В МИРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ. Часть 2

Juan José López Ibor

*Председатель и руководитель Института психиатрии и психического здоровья
Клиническая больница г. Сан Карлос, Университет COMPLUTENSE, Мадрид (Испания).
<http://www.pubfacts.com/>. 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.

Валенсия в начале 15 столетия.

Основание первой психиатрической больницы в городе Валенсия тесно связано с его благосостоянием на тот момент. Королевство Валенсия стало единственным среди королевств Арагона (что на Востоке Испании), успешно преодолевшее экономический кризис 14 и 15 веков. Экономический динамизм был связан с плодородием почвы, демографический и урбанистический рост города - с великолепием городской жизни, а также с коммерческим и финансовым потенциалом.

15 и 16 века называют "Золотым временем Королевства Валенсия", которое во время правления Альфонсо Великодушного, считалось одним из самых богатых и самых образованных в Европе. Валенсия - первый город Пиренейского полуострова, открытый Италии, а также ставший первым и основным испанским портом итальянского Возрождения. Это был коммерческий большой и растущий город во всех аспектах общественной жизни, а также являлся прототипом европейского города. В нем процветала архитектура и другие виды искусства, включая поэтическое и музыкальное. Это Валенсия Жоанотта Марторелля (из провинции Торрес де Серрано), Ла Лонха и Эль Мигелете.

Не очень стабильная политическая обстановка и изгнание мавров, являвшихся потомками испанских мусульман, которые обратились в христианскую веру после завоевания Гранады - последнего мавританского



Альфонсо V Великодушный
Alfonso V el Magnánimo.
1396 - 1458

королевства - характеризуют Валенсию в 1492 году. Около 500 тыс. человек покинуло Восточные регионы Испании с 1609 по 1614гг. Королевство Валенсия лишилось трети своего населения и в 1638г. половина его деревень была заброшена. Войны гильдий и Войны за престолонаследие завершили процветание Королевства, оставили без привилегий своих жителей и повлияли на функционирование больниц и иных учреждений.

Особенности больницы Валенсии.

Важно подчеркнуть, что всегда существовали попытки дискредитировать достижения Хофре, утверждая, что единственной проблемой, которую он намеревался решить - это социальная проблема, что касалось исключительно большого числа бедняков, бродяг и умалишенных, бродящих по городу. Тем не менее, это не так. Сущность Хофре двояка.



Мартин I Гуманный
Martín I de Aragón
1356 - 1410

Во-первых, это были первые шаги по направлению к тому, что сейчас мы называем "гражданское общество". Лоренцо Салом и его соучредители были ремесленниками и деловыми людьми одновременно. Они требовали, чтобы больница оставалась всегда независимой от монархии, аристократии и от Церкви. В законодательных актах Мартина I Гуманного от 15 марта 1410г., касающихся управления больницей, уже содержались пункты о том, что "данная деятельность должна быть светской, и управляться простыми людьми согласно законам". Цель этих действий заключалась в предотвращении отклонения от курса начальных целей или следованию судьбы большинства учреждений, которые шли по пути нарушений.

Во-вторых, больница, открытая в Валенсии, была учреждением здравоохранения и, именно поэтому, ее следует считать первой психиатрической больницей в мире. Законодательные акты Мартина I Гуманного указывают, что здравоохранение необходимо соблюдать во всех случаях. Заключенные, также, рассматривались, как пациенты и вся деятельность была

направлена на устранение их болезней, и когда это возможно, их полное излечение. Некоторые историки медицины сходятся во мнении, что "колыбель психиатрии находилась в Испании, где было построено первое удобное, отвечающее требованиям здание больницы для душевнобольных" (Александр и Селесник, 1970г.). "Это, конечно, не был Пинель, но один из выдающихся испанских психиатров Валенсии в 1409г. стал первым, кто снял с цепей и основал систему гуманного отношения к психически больным. Они использовали упражнения, игры, занятость, обучение, питание и гигиену" (Шмитц, 1884-85гг.). "Одним из успехов, который принадлежит самим испанцам, стала система гуманного отношения к психически больным для борьбы с их недугом, а также создание удобных и отвечающих требованиям зданий в 15 веке, дабы помещать в больницу этих несчастных» (Эрнандес Морехон, 1842)."Как утверждает Бассо, цитируя Шмитца (1944-45гг., стр. 731-738) - "больница Валенсии была первой, где были сняты цепи и основана система гуманного отношения к психически больным при помощи упражнений, игр, занятости, питания и гигиены".

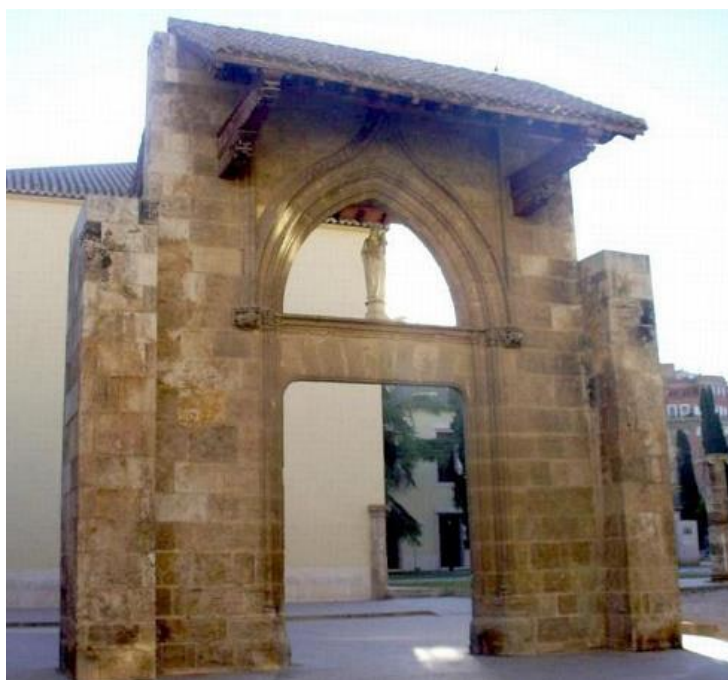
Однако, по более или менее шовинистическим причинам, остальные заявляют, что это не так. На данный момент нам известно о существовании хосписов для душевнобольных и в ранний период, но здесь отсутствовала специальная система лечения.

Эль Сид - самый известный рыцарь в испанской истории - основал учреждение для душевнобольных в 1068г. в Паленсии и назвал его "Сан Лазаро". В 1326г. в больнице Георгия Эльбингского, которая принадлежала Ордену Тевтонских Рыцарей, было построено несколько секций, в так называемом "сумасшедшем доме". Эти виды секций упоминаются в документах Городской Больницы Гамбурга в 1375г. Также они существовали в Эрфурте в огромной лечебнице, восстановленной в 1385г. Больница Святой Марии Вифлеемской, или Бедлам, была основана на юге Лондона Генри II в 1247г. и стала принимать душевнобольных с 1377г. Но существует доказательство того, что в 1403г. шестеро душевнобольных не смогли получить должного лечения в этой больнице до 1473г. Подобные упоминания касались и больницы "Отель Дью" в Париже, Больницы Святой Троицы в Солсбери, а также больниц городов Бамберг, Нассау и Регенсбург. Однако, все эти учреждения не носили медицинский характер, т.е. они запирали душевнобольных в своих стенах. В 1961г. Фуко жестоко раскритиковал эти учреждения, целью которых было изолировать душевнобольных в момент достижения ими сознательного возраста.

Вплоть до 19 столетия во всей англо-говорящей Америке не существовало ни единой психиатрической лечебницы. Фактически, первое психиатрическое учреждение современного типа было основано в Англии Уилльямом Тьюк (чайным купцом) и его сыном Генри в 1796г. в г. Корк, и называлось оно "Приют". Здесь использовались гуманные методы лечения душевнобольных. Именно здесь зародилась система гуманного лечения психически больных, которая со временем распространилась по всем англосаксонским странам. До этого времени, согласно Тьюк, к тем, кто попадал в приют, относились как к животным. В США первые учреждения подобного рода, построенные под влиянием Тьюк и Пинель, являются подразделением Массачусетской больницы общего профиля, и в настоящее время называются больницей МакЛин (1811г.), Приют друзей во Франкфорте, штат Пенсильвания (1817г.), Приют для душевнобольных (1818г.) и психиатрическая больница Хартфорда (1824г.), ныне известная как Институт для жизни.

Забота о душевнобольных в Валенсии была обусловлена влиянием мусульман. В исламе душевнобольной - это не тот, кто одержим дьяволом, а тот, кто приближен к Аллаху. Следует помнить о том, что братья Ордена Милосердия (такие как Хофре) имели постоянный контакт с мусульманскими странами, в связи с их деятельностью по спасению заключенных. Логично предположить, что именно мусульмане внесли положительный смысл в понятие "душевнобольной". Более того, об этом даже существует легенда.

Первый приют, созданный для заботы о душевнобольных пациентах, был приют города Гундишапур (Иран, VI век), который славился своими медицинскими традициями. Пожертвования вносились христианами учеными и философами, изгнанными из Эдессы (Месопотамия) либо теми, кто появился после того, как Юстиниан закрыл



Ворота – единственный фрагмент психиатрической больницы в Валенсии, дошедший до наших дней.

Академию в Афинах (529г.). Школа Гундишапура находится на стыке греческих и эллинистических средневековых традиций, а также персидских и индийских теорий и практик. Город был завоеван мусульманами между 637г. и 651г. и через них он продолжил оказывать свое влияние. Мусульманские больницы заимствовали термин "Maristan" ("Приют") от персов. Одни из самых известных приютов были расположены в городах Дамаск (Аль Валид, 706г.) и Багдад (Харум аль Рашид, 786-803гг.), последний управлялся сотрудниками, обученными в Школе Гундишапура. Также были известны приюты Адуди в Багдаде, Нури в Дамаске, Мансури в Каире, а также приюты городов Маракеш (1190г.) и Фез (1286г.). В 13 веке самым известным приютом Испании был приют Абу Ишак Ибрахим в Альхесирасе, но самым значимым был приют города Гранада, основанный Мухаммедом V в 1367г. Он располагался в районе Ахсарис. После того, как Гранада была завоевана в 1492г., здание приюта было преобразовано в Монетный Двор и, следовательно, католические короли были вынуждены построить новое здание приюта, что они и сделали в 1511г., основав больницу Реаль, где не только лечили пациентов, но и принимали бедных. В 1935г. эта больница начала принимать душевнобольных и невинных в знак того, что до того момента ими никто не занимался. С тех пор здание стало использоваться многофункционально, но в 19 веке было полностью разрушено. После продажи церковного имущества, которое произошло по инициативе министра Мендизабала в 1835г., больница попала под руководство окружного советника, который основал здесь Дом для престарелых и Дом душевнобольных. В 1843г., в том же году, когда сгорела Алькайсерия, правительство г. Гранада уполномочило его снос, но здание было перестроено, чтобы содержать Дом престарелых, частично снесенный в 1984г. В настоящее время здание является центральным административным зданием Университета Гранады.

Однако, ни приют для душевнобольных в Багдаде (12 век), ни больницы в Гранаде (1365-1367гг.) и Фезе не достигли того уровня специализации, который был у больницы в Валенсии. Если бы ислам был главной религией, несомненно, тогда было бы больше свидетельств о развитии больниц в Андалусии. Также нет никаких записей о медицинской помощи психическим больным после 15-го века, которые можно было бы сравнить с записями испанских королевств и территорий.

По словам Марко Меренсиано, действительной особенностью больницы Валенсии было следующее: *"На протяжении этого исторического момента и в этих условиях, молодой брат осмелился заявить, что душевнобольные являются такими же пациентами, как и все и что они должны быть допущены в больницы для лечения. Этот необычный факт явился самым революционным, который мог бы произойти в то время. Противостояние между медицинскими концепциями и религиозными убеждениями проходили в пользу общества".* И далее - *"Впервые в истории поистине медицинские концепции психического здоровья принимаются со всеми вытекающими последствиями: невинность, отсутствие юридической ответственности, опасность психических заболеваний и потребность в специализированном лечении".*

Особенность инициативы Хофре проявилась и в выборе названия: Больница Невинных, Психически- и Душевнобольных - которых сейчас мы бы назвали "слабоумный", "психически больной" и "страдающий слабоумием". Вместо традиционных терминов, оканчивающихся на "mania", "captus", "mentis" и прочих, вводятся новые определения: "Невинный - это ребенок или взрослый, который, будучи душевнобольным, несет ответственность за свои поступки не более, чем ребенок, а термин "душевнобольной" - потерявший рассудок".

Гуманитарная традиция в Испании.

Работа отца Хофре не является единичным случаем и не является чем-то случайно завезенным в Северную Африку. Все переплетается в долгую, испанскую традицию

гуманитарных соображений, относящихся к душевным и психическим заболеваниям. Наиболее важные вехи - почитание Святых Косме и Дамиана (4 век), писания Сан Исидоро Севильского (6-7 века) и положения законодательных актов по защите в "Семи Законах" Альфонсо X Мудрого (13 век). В этих законах ответственность душевнобольных была такой же, как и у несовершеннолетних. Следует рассмотреть роль монастырских орденов, благотворительность дворян и богатых граждан, пожертвования людей, которые дали обет бедности, которые произвели бум благотворительных учреждений.

Глубоко человеческому отношению к психически больным предшествовала школа мысли, основанная на уважении свободы и достоинств личности - так называемая, школа Саламанка, которая основала первую кафедру теологии в 1416г. (где были структурированы все саламанские учения), которая характеризуется своим вкладом в этику и право с точки зрения теологии. Так возникли две кафедры теологии - Prime и Vispers. Первые кафедры заняли Франсиско де Витория (1526-1546гг.), Мельчор Кано (1546-1551гг.), Доминго де Сото (1552-1560гг.) Педро де Сотомайор (1560-1564гг.), Мансио де Корпоре Кристи (1564-1575гг.), Бартоломе де Медина (1576-1581гг.) и Доминго Бенъез (1581-1604гг.). Такое же благочестивое отношение к душевнобольным наблюдается и в трудах Луиса Вивеса (1492-1520гг.), который просил относиться к ним с благородством.

Вклад Испании в развитие психиатрии не ограничивается только научными характеристиками. Выдающиеся доктора, такие как профессор Университета Монпелье Арнау де Виланова (1240-1313гг.), также внесли вклад в развитие знаний о психических расстройствах. Он описал галлюцинации и эпилепсию, имеющие глубокое эмоциональное влияние на душевнобольных. Его трактат о сновидениях рекомендуют к прочтению и в настоящее время. Кристоаль де Вега, родившийся в 1510г., доктор принца Чарльза, описал манию, которую предлагал лечить при помощи горячих ванн и поливанием головы холодной водой и при помощи пиявок, кровотечения. Близкие к мозгу, меланхолию, эротоманию лечил "моральным" способом. Еще одним важным автором является Хуан Хуарте, который в своей работе "Исследования мужского разума" впервые описал личностные нарушения.



Арнольд из Виллановы
Arnaldus de Villanueva
1235-1311

Валенсия, в качестве примера

Веским доказательством моих слов является тот факт, что за короткий период времени появилось множество копий больниц Валенсии в Испании и в Испанской Америке. На душевнобольных, которым приходилось бродить и скитаться, которых отправляли в монастыри или, которые жили и умирали за пределами города, наконец, обратили внимание. Таким же образом, брат Бернардино Альварес создал Орден Святого Иполито с целью "исцеления душевнобольных", основав больницы в городах Окстепек, Залапа, Пероте, Сан Хуан де Улуа, Ла Хабана, Пуебла де лос Анхелес, Антекера в долине Оаксака, Керетаро и Акапулько.

Личность Хуана Сюдад Дуарте является значимой. Он был возведен в лик Святых под именем Святой Иоанн Божий, он стал основателем ордена Госпитальеров Свя-

того Иоанна Божьего. Потрясенный издевательствами и жестокостями, которым душевнобольные были подвергнуты в Гранаде, Хуан Сьюдад Дуарте притворился больным, чтобы определить потребности реальных больных. На протяжении сорока дней его безжалостно били и пытали те, кто пытался привести душевнобольных в состояние здоровья. Минуя преграды на своем пути, Хуан Сьюдад Дуарте при помощи тех, кто подавал милостыню, основал больницу в Гранаде. Эта лечебница была и продолжает быть самой активной в мире.

Уход за психически больными в испанских больницах.

Правила больницы Валенсии, уполномоченной королем Мартином, гласят, что «Хранитель больницы может забирать душевнобольных, находящихся в городе, по желанию или силой. Исключение составляли лишь те, кто оказался взаперти, благодаря своим родителями либо опекунам».

"Хранитель" - это была должность, занимаемая одним из десяти администраторов учреждения. Он также имел представительские функции. Первым Хранителем стал Лоренцо Салом. Обычные люди звали его "Отец душевнобольных". Также существовал "Отец всех сирот" и "Отец всех бедняков". У Хранителя было две функции: забирать душевнобольных с улицы и поддерживать внутренние распорядки в больнице.

Насколько нам известно, о заключенных заботились хорошо. Сам факт размещения душевнобольных в отвечающем требованиям месте, защищая их от голода, холода и недолжного отношения - уже важный шаг вперед. Само лечение основывалось на терапии занятости: мужчин - в саду, женщин - ткачеством. Вскоре были определены некоторые критерии классификации, в частности, различие между теми, кто может быть излечен, получив терапевтические мероприятия, и теми, кто неизлечим, кому были даны жилье и попечительство.

Слава Валенсии восхвалялась и у известного писателя Лопе де Вега в его двух пьесах: "Безумцы Валенсии" и "Странник дома". В последней, он восхвалял учреждение за его "чистоту, аккуратность и заботу о тех, у кого ее нет". Первая же гласила:

*Послушай, ты должен вести себя словно сумасшедший,
Чтобы все поверили, что ты больной.
В Валенсии есть славное местечко,
Где всех больных излечивают
С заботой и чистотой...»*

Больница Валенсии была известной, как минимум, до 16 века. После пожара в 1545г. и спада в Валенсии, лидирующие позиции заняла больница Сарагоссы.

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

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.