

Омский психиатрический журнал

1 (7) 2016



Omsk Journal of Psychiatry

16 +

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

научно-практическое сетевое издание

*Омская областная общественная организация
«Омское общество психиатров»*

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

**1 (7)
2016**

**ISSN
2412-8805**

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 Tetsuya Ishida,
«Body Fluids», 1998

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)

Крахмалева 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 / Contents

Колонка редактора	3	Editor's column
Организация психиатрической помощи		Psychiatric Care Organization
Госпитализация как индикатор эффективности психиатрического сервиса <i>М.А. Богачев, С.С. Одарченко, С.А. Белецкая</i>	5	Hospitalization as an indicator of efficiency of psychiatric service <i>Bogachev M.A., Odarchenko S.S., Beletskaya S.A.</i>
Дневной стационар психиатрической больницы <i>Т.Н. Сперанская, Д.В. Четвериков</i>	10	Day in-patient psychiatric facility <i>Speranskaya T.N., Chetverikov D.V.</i>
Клиника психических расстройств		Clinic of psychiatric disorders
Проблемные аспекты диагностики аутизма в дошкольном детстве <i>С.В. Гернер, Е.И. Мананова</i>	14	Problem aspects of diagnosis of autism in preschool childhood <i>Gerner S.V., Mananova E.I.</i>
Клиническое наблюдение диссоциативного (конверсионного) расстройства у пациента с детским церебральным параличом <i>О.П. Соловьева, Т.Н. Земских</i>	20	Clinical case of dissociative (conversion) disorder in a patient with a children's cerebral palsy <i>Solovyova O.P., Zemsky T.N.</i>
Клинико-психопатологические особенности агорафобии с паническим расстройством у пациентов отделения непсихотических психических расстройств <i>Моор Л.В., Рахмазова Л.Д.</i>	23	Clinical and psychopathological features of agoraphobia with panic disorder in patients of department of borderline mental disorders <i>Moor L.V., Rakhmazova L.D.</i>
Психофармакотерапия		Psychopharmacotherapy
Ципралекс в комплексном лечении хронического болевого синдрома <i>Арсланова А.В., Грицаенко О.С.</i>	26	Cipralextm in complex treatment of chronic pain <i>Arslanova A.V., Gritsaenko O.S.</i>
Психотерапия и реабилитация		Psychotherapy and rehabilitation
Основные направления психосоциальной реабилитации детей, находящихся в стационаре на дому <i>Е.В. Чуркина, Е.Ю. Емельянова, Н.В. Александрова, А.Д. Егорова</i>	29	Main directions of psychosocial rehabilitation of children with mental disorders in clinic with home care department <i>E.V. Churkina, A.D.Egorova, N.V. Alexandrova, E.Y.Emelyanova</i>
Аутогенная тренировка в коррекции эмоционального состояния женщин с бесплодием <i>Чусов И.С.</i>	31	Autogenic training in correction of the emotional state of women with infertility <i>Chusov I.S.</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Моделирование экстремальных ситуаций на учебных занятиях <i>Шилова И.М.</i>	35	Simulation of extreme situations in the classroom <i>Shilova I. M.</i>
Сестринское дело в психиатрии		Nursing in Psychiatry
Сестринская помощь в реабилитации непсихотических аффективных расстройств у женщин трудоспособного возраста <i>Т.А. Воронкова</i>	37	Nursing care in rehabilitation non-psychotic affective disorders in women of working age <i>Voronkova T.A.</i>

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

В текущем году редакция сетевого издания «Омский психиатрический журнал» планирует подготовить цикл публикаций, посвященных отдельным организационным формам оказания психиатрической помощи, которые реализованы в Омской психиатрической больнице. В силу того, что психические расстройства крайне разнообразны и часто оказывают существенное влияние на социальную жизнь пациента, традиционное деление форм медицинской помощи на амбулаторную и стационарную существенно расширяется за счет многочисленных полустационарных вариантов организации. Спектр оказываемых форм психиатрической помощи индивидуален для каждого региона страны и обусловлен исторически сложившейся формой организации психиатрической службы и региональной спецификой.

Открывает этот цикл публикаций сообщение омских психиатров, обобщающих опыт работы дневного стационара, который был организован более полувека назад. В настоящее время Дневной стационар Омской психиатрической больницы – полноценно функционирующее подразделение, которое стало неотъемлемым компонентом психиатрической службы региона. В модели дневного стационара гармонично сочетаются возможности интенсивного психофармакологического лечения при минимальном социальном ущербе, связанном с госпитализацией в психиатрический стационар.

Развернутое сообщение посвящено анализу госпитализации в психиатрический стационар. Авторы установили, что в последние три года отмечается тенденция к снижению числа госпитализированных психически больных, что обусловлено комплексом причин – уменьшение тяжести психических расстройств вследствие применения современных психофармакологических препаратов, широкое распространение внебольничных видов оказания психиатрической помощи, уменьшение количества первичных больных вследствие недостаточной кадровой обеспеченности специалистами, оказывающими психиатрическую помощь населению и др.

Клинические аспекты психиатрии в настоящем номере журнала представлены в обзоре наших коллег из Омского педагогического университета, посвященному методам оценки аутизма в периоде дошкольного детства. Статья представляет собой анализ современных тенденций в области диагностики аутизма. В данной статье рассматриваются три группы проблем, а именно: проблемы, касающиеся субъекта диагностического процесса, мето-

дов диагностики и подходов к диагностической процедуре, а также предмета диагностики. Авторы затронули такие проблемные вопросы как наличие теоретически доказанной возможности ранней диагностики и ее отсутствие на практике, устаревший отечественный инструментарий, недостаточность адаптированных методик, сложности с дифференциальной диагностикой аутизма, с особенностями организации диагностирующей процедуры. По итогам анализа сделан вывод о необходимости модернизации процедур и инструментария диагностики аутизма, а также необходимости разработки диагностики на генетическом и нейрофизиологическом уровне.

Интересное клиническое наблюдение представлено нашими коллегами из Областной клинической больницы. В их статье представлено описание нечастой формы коморбидной психической патологии – конверсионное расстройство наблюдалось у пациента с детским церебральным параличом. Диагностические сложности заключались в том, что у пациента еще до развития клинических проявлений конверсионного расстройства были выраженные структурные изменения в головном мозге. Конверсионная симптоматика была весьма разнообразна. Двигательные расстройства были приняты за симптоматическую эпилепсию с фокальными и вторично генерализованными приступами, а слепота, глухота, задержка мочи могли быть вызваны новообразованием в головном мозге.

В течении длительного времени в отделении пограничных психических расстройств велось изучение клинко-психопатологических особенностей агорафобии с паническим расстройством при клинической гетерогенности данного феномена. В исследовании участвовали 79 человек в возрасте от 18 до 60 лет, из них 64 женщины и 15 мужчин. Средний возраст в отобранной группе составил 37,26+ лет. 45 человек, из числа исследуемых, впервые в жизни обратились за стационарной помощью, 34 пациента проходили лечение два и более раз. В обеих исследуемых группах пациентов выявлен достаточно однородный уровень выраженности ряда симптомов, а именно: тяжесть панических атак, избегающее поведение, наличие нескольких агорафобических ситуаций, изменение образа жизни. Также отмечается, что у лиц, проходивших лечение повторно, в период поддерживающей терапии сохраняются остаточные психопатологические нарушения, затрудняющие прежний образ жизни, несмотря на хороший комплаенс.

Широкое использование современных психофармакологических препаратов открывает новые возможности оказания помощи различным

категориям психически больных, в том числе с коморбидной патологией. В настоящем выпуске журнала представлены клинические наблюдения за 35 пациентами с хроническим болевым синдромом, сопровождавшимся тревожно-депрессивными проявлениями. Пациенты из первой группы (13 человек) страдали маскированными депрессивными реакциями, болевой синдром в данном случае был вторичен. Во второй группе наблюдения (22 человека) депрессии носили нозогенный характер. В обеих группах базисная неврологическая терапия сочеталась с психофармакотерапией, применялся современный антидепрессант эсциталопрам, а в ряде случаев и малый нейрелептик. Спустя 6 месяцев комплексного лечения у пациентов из обеих групп выявлен регресс болевой симптоматики, улучшение настроения и, как следствие, качества жизни пациентов.

Важнейшей тенденцией развития региональной психиатрии является внедрение новых форм психосоциальной терапии и реабилитации. Специфика работы отделения интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков заключается в том, что необходимая психиатрическая помощь детям оказывается в привычных для них условиях, исключающих проблемы стресса госпитализации и выведения ребенка из знакомой для него среды. Работа отделения ведется как с домашними детьми, так и с детьми, находящимися в детских домах и интернатах, таким образом, дети продолжают обучение в школе, посещают кружки, досуговые мероприятия, соблюдается привычный режим дня.

Социально-ориентированная психиатрия предполагает оказание специализированной помощи с минимальной институализацией пациен-

тов либо даже без ее участия. Следствием этого является использование психологических и психотерапевтических методик вне стен психиатрической больницы, в том числе и в рамках помощи при широком спектре нозологических форм. В акушерстве и гинекологии данная проблема разрабатывается давно и весьма продуктивно. В этой связи научно-практический интерес представляет опубликованная работа, посвященная аутогенной тренировке женщин с бесплодием. Проблема бесплодия в нашей стране в последние годы приобрела особую значимость. Женщины, страдающие бесплодием, испытывают длительный психологический стресс. Психологическое состояние, обусловленное бесплодием, влияет, в свою очередь, на результаты лечения бесплодия. Важно корректировать эмоциональные и сексуальные нарушения уже в начале лечения. Для психологической коррекции эмоционального состояния женщин могут быть использованы методы психической саморегуляции. Нами проведено исследование влияния аутогенной тренировки на эмоциональное состояние женщин с бесплодием. Данные, полученные в результате проведенного исследования, достоверно показали, что аутогенная тренировка в значительной степени положительно влияет на общее психическое состояние личности и на его отдельные показатели, способствуя снижению высокого уровня тревожности, фрустрации, агрессивности. Практическая ценность проведенного исследования и эксперимента заключается в том, что методика аутогенной тренировки может использоваться как метод коррекции эмоционального состояния женщин с бесплодием, введена в практику и применяется психотерапевтом Отделения охраны репродуктивного здоровья БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр».

*Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.*

Организация психиатрической помощи

УДК 616.853:616–036.22

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ КАК ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА

М.А. Богачев, С.С. Одарченко, С.А. Белецкая

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

Аннотация. Уровень госпитализации больных позволяет проанализировать интенсивность отбора на госпитализацию больных по разным группам заболеваний в каждом больничном учреждении. Данный показатель зависит от мощности стационара, количества зарегистрированных больных по отдельным нозологическим группам, качества лечебно-диагностического процесса поликлиники и стационара, уровня квалификации врачей поликлиники и стационара, развития стационар-замещающих форм медицинской помощи, использования перечня показаний к госпитализации при определенных заболеваниях. В настоящем сообщении проведен анализ госпитализации в Омскую клиническую психиатрическую больницу, а также изучены пути повышения эффективности психиатрической помощи населению региона.

Ключевые слова. Госпитализация, психиатрическая помощь, стационар, эпидемиология психических заболеваний.

HOSPITALIZATION AS AN INDICATOR OF EFFICIENCY OF PSYCHIATRIC SERVICE

Bogachev M.A., Odarchenko S.S., Beletskaya S.A.

Resume. Hospitalization rate allows us to analyze the intensity of selection for the admission of patients in different disease groups in each hospital facility. This figure depends on the capacity of the hospital, the number of registered patients for individual nosological groups, the quality of diagnostic and treatment process and hospital outpatient clinics, the level of training of doctors and hospital outpatient clinics, development of hospital-substituting forms of medical care, the use of the list of indications for hospitalization in certain diseases. This report analyzes the hospital in the Omsk Clinical Psychiatric Hospital, and studied ways to improve the effectiveness of mental health care to the population of the region.

Keywords. Hospitalization, mental health care, in-patient hospital, epidemiology of mental disorders.

Показатели медицинской деятельности стационара условно можно объединить в следующие группы:

- показатели обеспеченности населения стационарной помощью;
- показатели работы больничной койки;
- показатели нагрузки персонала;
- показатели качества стационарной помощи.

Анализ показателей обеспеченности населения стационарной помощью имеет большое научное и практическое значение. Наряду с интенсивным показателем обеспеченности населения больничными койками, для анализа коечного фонда больничных учреждений рассчитывается экстенсивный показатель структуры коечного фонда, величина структурных составляющих которого зависит от потребности населения в госпитализации (уровня госпитализации) по поводу отдельных заболеваний или класса болезней, показателей средней длительности лечения по поводу этих заболеваний на больничной койке, показателя числа дней работы койки в году.

Уровень госпитализации больных позволяет проанализировать интенсивность отбора на госпитализацию больных по разным группам заболеваний в каждом больничном учреждении.

Данный показатель зависит: от мощности стационара, количества зарегистрированных больных по отдельным нозологическим группам, качества лечебно-диагностического процесса поликлиники и стационара, уровня квалификации врачей поликлиники и стационара, развития стационар-замещающих форм медицинской помощи, использования перечня показаний к госпитализации при определенных заболеваниях.

Уровень госпитализации в круглосуточный стационар рассчитывается путем деления количества госпитализированных в стационар за год на население региона.

Использование методов корреляционно-регрессионного анализа дает возможность установить зависимости в обеспеченности населения больничными койками, уровнем их ресурсного оснащения и отдельными показателями, характеризующими здоровье населения.

Таким образом, эти показатели являются неотъемлемой информационной составляющей для анализа здоровья населения и экономической деятельности системы здравоохранения.

В то время как в целом по Российской Федерации уровень госпитализации лиц с психическими расстройствами остается примерно на одном уровне последние годы (2012 год – 429,9

на 100 тыс., 2014 – 429,9) в Омской области он продолжает снижаться (2013 год – 357,6, 2015 год – 308,5). При этом численность населения Омской области на 1 января 2016 года составляла 1977,6 тыс. человек.



Рисунок 1. Показатель госпитализации лиц с психическими расстройствами в Омской области в сравнении с РФ за 3 года (на 100 тыс. населения)

90% всех госпитализируемых лиц с психическими расстройствами на койки круглосуточных стационаров Омской области приходится на БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», поэтому анализ причин снижения уровня госпитализации следует проводить на примере крупнейшей больницы области.

Коечный фонд БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» в 2013-2015 годах оставался стабильным и составлял 1815 коек, из них 1720 психиатрических. Количество коек последние три года в больнице не менялось.

Омская область является одним из наиболее стабильных регионов страны в плане численности населения. Эмиграция осуществляется преимущественно в крупные города Сибирского региона, столицы и Крым, иммиграционный поток традиционно представлен переселенцами из Северного и Центрального Казахстана, причем численность миграционных потоков примерно одинакова.

Таким образом, население области находилось примерно на одном уровне, сравнение абсолютных цифр поступивших в стационар является корректным.

Общее количество госпитализированных пациентов с психическими расстройствами представлено на рисунке 2.

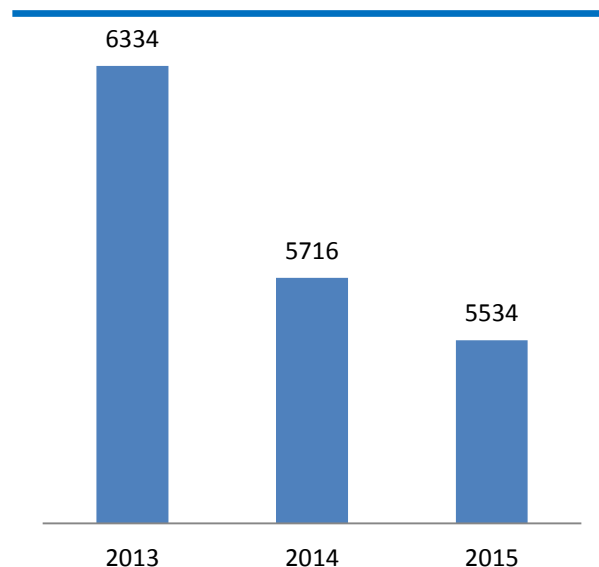


Рисунок 2. Количество госпитализированных с психическими расстройствами в круглосуточный стационар

За три года их число снизилось на 13%.

На рисунке 3 представлено количество детей и взрослых, которые поступили в круглосуточный стационар за три года.

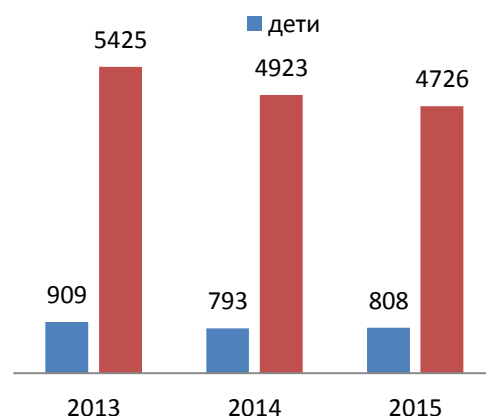


Рисунок 3. Число госпитализированных с психическими расстройствами в круглосуточный стационар

Снижение количества госпитализированных детей и взрослых произошло примерно на одном уровне (взрослых на 13%, детей на 12%).

В БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» пациенты поступают из города Омска и из сельских районов Омской области. На рисунке 4 показано распределение поступивших по возрасту и месту жительства. Снижение госпитализированных идет как за счет городских, так и за счет сельских пациентов в равном соотношении (взрослых городских пациентов стало на 13% меньше, взрослых сельских на 14%, городских детей на 16%). Обращают на себя внимание стабильные цифры поступающих детей из районов области.

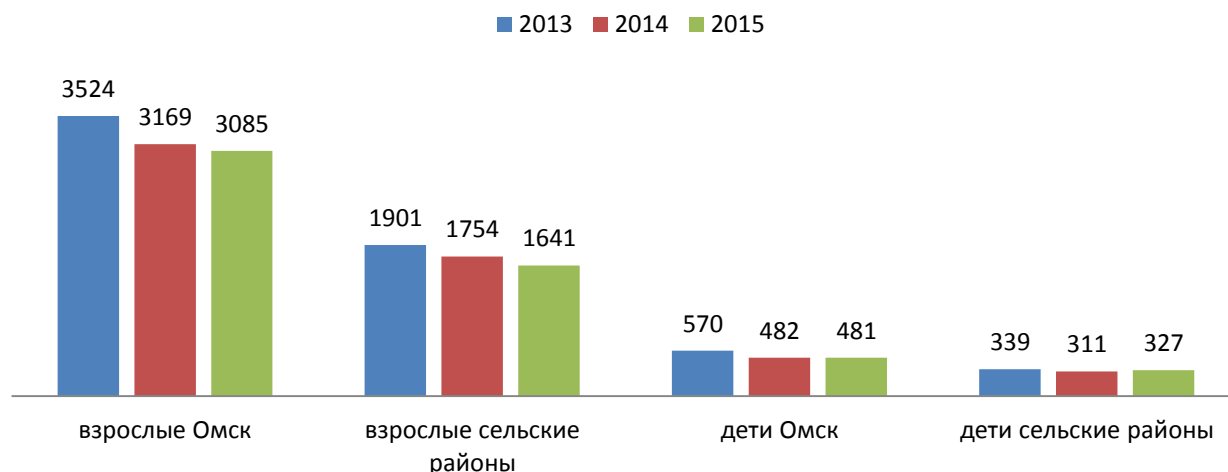


Рисунок 4. Количество госпитализированных с психическими расстройствами в круглосуточный стационар БУЗОО "КПБ им. Н.Н. Солодников" за 3 года

Если посмотреть распределение поступивших пациентов по нозологическим формам (рисунок 5), то по всем группам наблюдается уменьшение количества госпитализированных (по расстройствам шизофренического спектра на 15% за 3 года, по непсихотическим расстрой-

ствам на 9%, по умственной отсталости на 16%, по органическим психозам и деменции на 9%). Следует отметить, что в 2015 году количество поступивших с органическими психозами и деменцией увеличилось по сравнению с 2014 годом.

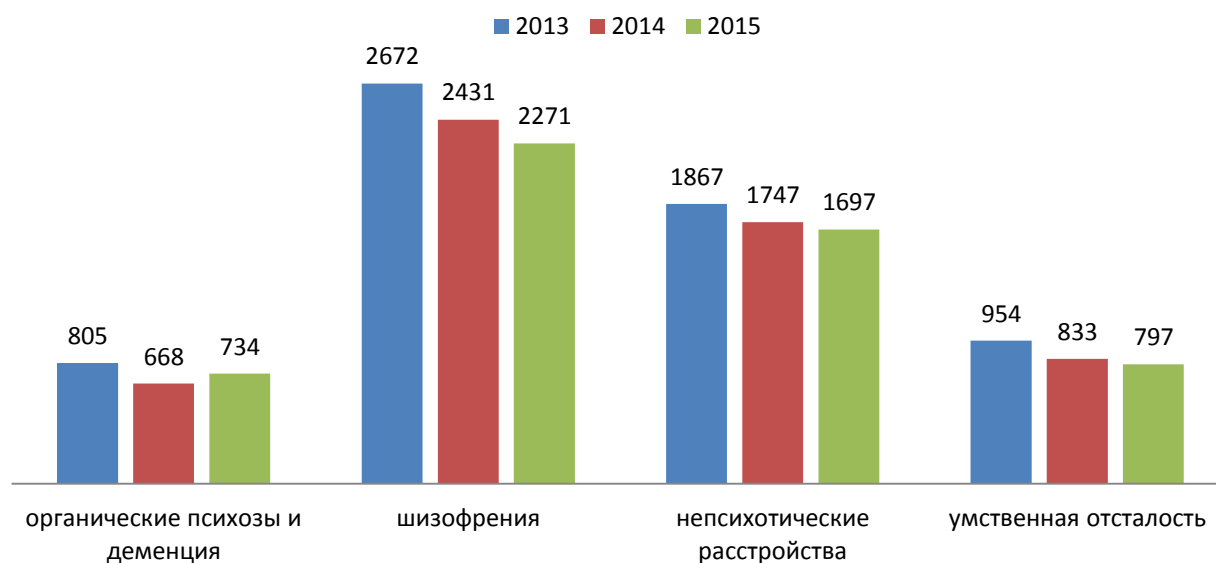


Рисунок 5. Количество госпитализированных с психическими расстройствами в круглосуточный стационар БУЗОО "КПБ им. Н.Н. Солодников" за 3 года

Рассмотрим также количество госпитализированных пациентов в круглосуточный стационар впервые в жизни. Колебания этих цифр напрямую связаны с колебаниями первичной выявляемости психических расстройств в регионе. Кроме 2015 года показатель первичной заболеваемости в области имел устойчивую тенденцию к снижению, причины которого анализировались нами в статье «Анализ первичной заболеваемости психическими рас-

стройствами в Омской области за 7 лет (2008-2014)». Была выявлена прямая зависимость между недостаточной кадровой обеспеченностью специалистами, оказывающими психиатрическую помощь населению, и показателем первичной заболеваемости психическими расстройствами.

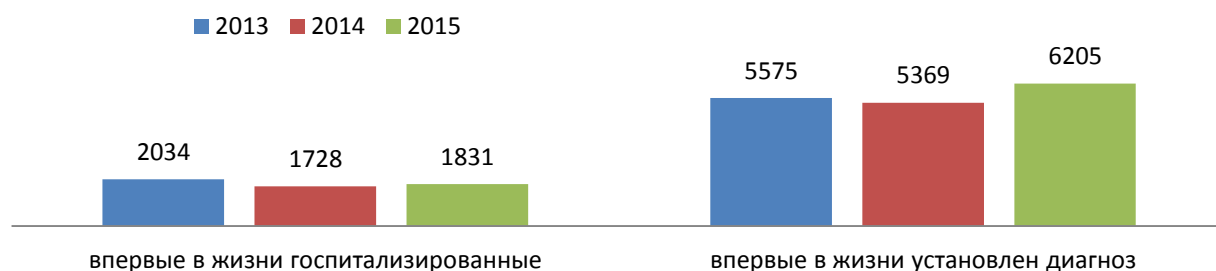


Рисунок 6. Количество пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом и впервые в жизни госпитализированных в круглосуточный стационар БУЗОО "КПБ им. Н.Н. Солодников" за 3 года

Нами были же проанализированы такие причины поступления в круглосуточный стационар, как принудительное лечение, судебно-психиатрическая экспертиза, психиатрическая

экспертиза призывников. Выявить каких-либо тенденций в данных группах госпитализированных не удалось.

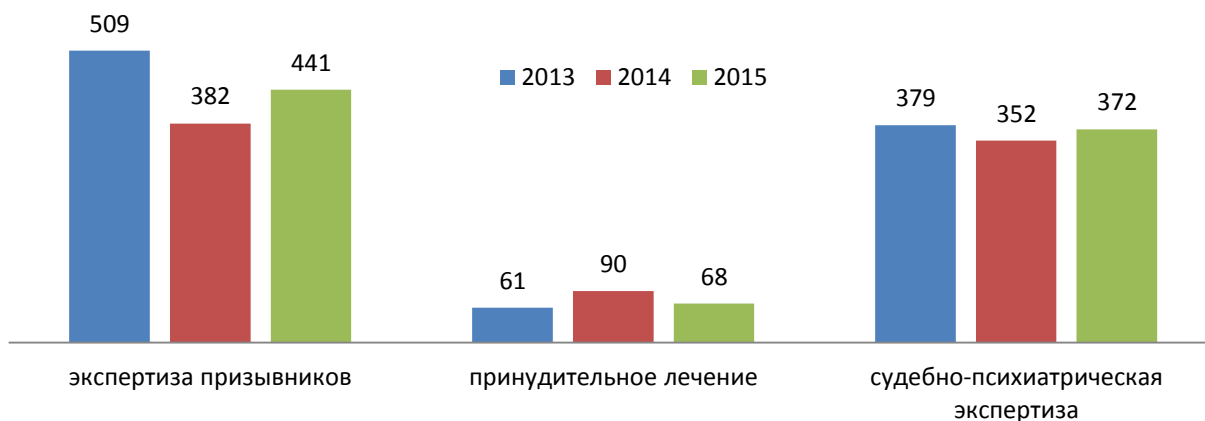


Рисунок 7. Количество госпитализированных в круглосуточный стационар БУЗОО "КПБ им. Н.Н. Солодников" за 3 года

Последние годы в психиатрической службе Омской области успешно развиваются стационар-замещающие виды оказания помощи, такие как дневные стационары, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (стационары на дому), в которых насчитывается 445 мест. Можно отметить некоторую тенденцию к увеличению количества пациентов, выбирающих такие формы оказания психиатрической помощи (на 5% в 2015 году по сравнению с 2014 годом). Этот вид помощи становится всё более востребованным, но дальнейшему развитию мешает недостаточное количество мест в дневных стационарах и стационарах на дому.

Кроме того, в связи с широким распространением современных психофармакологических препаратов уменьшилась тяжесть психических расстройств, удлинилось время ремиссии, поэтому стало меньше показаний для госпитализации в круглосуточный стационар.

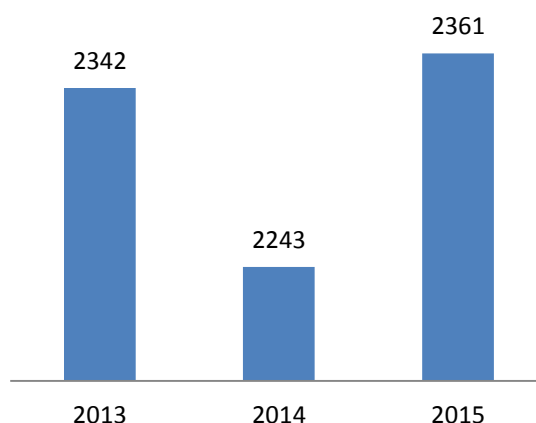


Рисунок 8. Количество поступивших в дневные стационары и стационары на дому БУЗОО "КПБ им. Н.Н. Солодников" за 3 года

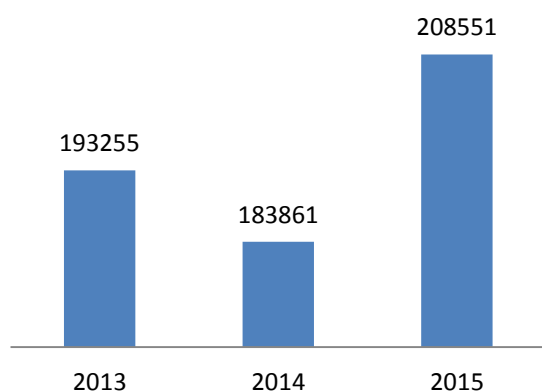


Рисунок 9. Количество посещений по заболеванию к участковым врачам-психиатрам БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» за 3 года

Это можно подтвердить увеличением количества посещений по заболеванию к участковым врачам-психиатрам (рост за 3 года на 8%), а также уменьшением процента повторных госпитализаций в круглосуточный стационар с 14,0% в 2012 году до 12,6% в 2015 году.

Таким образом, можно сделать вывод, что снижение показателя госпитализации в круглосуточный стационар БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» обусловлено комплексом причин (уменьшение тяжести психических расстройств вследствие применения современных психофармакологических препаратов, широкое распространение внебольничных видов оказания психиатрической помощи, уменьшение количества первичных больных вследствие недостаточной кадровой обеспеченности специалистами, оказывающими психиатрическую помощь населению и др.).

Администрация больницы, учитывая современные тенденции, проводит меры по реорганизации психиатрической службы. Так, с 01 января 2016 года в структуре БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» было открыто отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для пожилых на 60 мест за счет сокращения коек круглосуточного стационара.



Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодников».
Административный корпус.

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Т.Н. Сперанская, Д.В. Четвериков

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

Аннотация. В сообщении рассмотрены основные показатели работы дневного стационара, изучена логистика пациентов. Особое внимание уделено специфике проведения психотерапевтической работы с пациентами дневного стационара. Авторы считают, что дневной стационар психиатрической клиники является эффективным вариантом стационар-замещающих технологий психиатрического сервиса.

Ключевые слова. Дневной стационар психиатрической больницы, психосоциальная реабилитация и психотерапия.

DAY IN-PATIENT PSYCHIATRIC FACILITY

Speranskaya T.N., Chetverikov D.V.

Resume. In this article discussed the basic parameters of work of the day in-patient department, studied patients' logistics. Special attention is paid to the specificity of the psychotherapeutic work with patients in the day in-patient department. The authors came to conclusion that a day in-patient department of the psychiatric clinic is an effective option for the hospital-replacing technologies of the psychiatric service.

Keywords. Day in-patient psychiatric facility. Psychosocial rehabilitation and psychotherapy.

Большой вклад в развитие идей социальной реабилитации внесла российская школа психиатрии. Еще в конце XIX – начале XX века в России делались попытки внедрения в процесс оказания помощи психически больным элементы подходов, которые в дальнейшем получили развитие в рамках терапии средой, а также активного использования трудовой терапии. В сельской местности стали создаваться крупные психиатрические больницы-колонии, активно использующие труд для лечения психических заболеваний и социального восстановления больных. Развивался патронаж, что рассматривалось как важный элемент лечения и реабилитации.

Важным этапом, опережающим другие страны, явилось повсеместное создание начиная с 20-х–30-х годов внебольничного диспансерного раздела психиатрической помощи, связанного с признанием значимости для терапии и реабилитации психически больных условий непосредственного социального окружения, а также развитие промежуточных учреждений.

В 1933 году в России впервые в мире был создан дневной стационар, который использовался как важный элемент социально-трудовой реабилитации психически больных. В дальнейшем это направление – социально-трудовая реабилитация больных-хроников, получило активное развитие¹. Большой вклад в разработку проблемы реабилитации внесла Ленинградская психиатрическая школа (М.М. Кабанов и соавт., 1977, 1978, 1985, 2001). Особенностью данного подхода являлась его комплексность, совмещающая в себе организационные и клинические

моменты. Практиковалось широкое привлечение пациентов к трудовым процессам, ведение активной реабилитационной работы как в стационаре, так и после выписки из него, в том числе в промежуточных учреждениях.

Реабилитационное направление в деятельности Омской областной психиатрической клиники развивается практически на всем протяжении ее истории. Первоначальная модель помощи пациентам была преимущественно биологической и ограничивалась изоляцией больного и назначением лечения. Однако уже в 20-х годах прошлого столетия появилась патронажная система, ставился вопрос о создании в больнице удобных для больных условий, дифференцированного размещения их в палатах. В 1925 году открыта мастерская трудовой терапии, в штат вводится должность педагога-физкультурника, а в 1937 – должность социальной медицинской сестры. В 40-х годах организуется подсобное хозяйство, в котором работают пациенты больницы, открывается дневной стационар. В конце 50-х годов на базе подсобного хозяйства строится загородное отделение для больных с затяжным течением заболевания, где они совмещали лечение с работой.

С 70-х годов в диспансерном отделении вводится психотерапевтический прием, работает кабинет социально-бытовой помощи. Возобновляет работу дневной стационар, значительно расширяются лечебно-производственные мастерские, в которых открываются цеха для амбулаторных больных, вводится должность заместителя главного врача по реабилитации. В стационарных отделениях широко используется принцип самообслуживания пациентов, проводятся досуговые мероприятия, оформляются пенсии, восстанавливаются утраченные документы, пациенты заняты трудотерапией. В 1979 году организуется стационар на дому.

¹ Красик Е.Д. Реабилитация психически больных: достижения и проблемы // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л.: Институт им. В.М. Бехтерева, 1985. – С. 39–43.

В настоящее время Дневной стационар Омской психиатрической больницы – полноценно функционирующее подразделение, которое стало неотъемлемым компонентом психиатрической службы региона. В модели дневного стационара гармонично сочетаются возможности интенсивного психофармакологического лечения при минимальном социальном ущербе, связанном с госпитализацией в психиатрический стационар. В настоящем сообщении рассмотрены основные показатели деятельности дневного стационара, которые, на наш взгляд отражают стационар-замещающую тенденцию развития психиатрической службы.

Основные показатели. В течение 2015 года в отделение поступило 695 пациентов (в 2014 г. – 745), выписано 703 (2014 г. - 742). Увеличилась длительность пребывания выписанного больного на 4,8 мес. Оборот койки практически не изменился, длительность работы койки изменилась незначительно – с 248,1 до 249,1.

Анализ количества поступивших больных за последние 5 лет показывает тенденцию к сокращению показателя поступления пациентов в дневной стационар (рисунок 1).

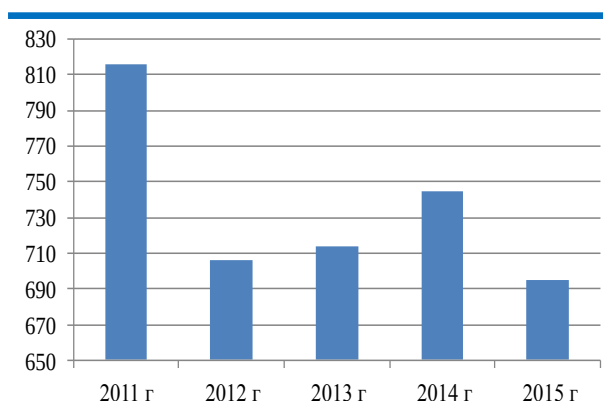


Рисунок 1. Динамика поступлений в Дневной стационар 2011-2015 гг.

Снижение количества поступивших пациентов можно объяснить увеличением койко-мест в иных отделениях дневного пребывания пациентов – Отделении интенсивного лечения в сообществе и Реабилитационном дневном стационаре. Всего в течение 2015г. было направлено на лечение круглосуточными стационарами 45 человек, что почти в три раза меньше, чем в 2014г. (120 чел.)

Всего в течение 2015 года было направлено на лечение круглосуточными стационарами 45 человек, что почти в три раза меньше, чем в 2014г. (120 человек). Амбулаторным звеном – диспансерным отделением для взрослых – направлены 625 человек, кроме того, Психотерапевтическое отделение – 7 больных, ОИЛС – 13 больных, РДС – 5 человек. В сравнении с 2014

г., направлено в дневной стационар диспансером на 15 чел. больше, количество пациентов из ПТО и РДС осталось почти на прежнем уровне.

Выписано в диспансер 609 человек. Выписано как прекратившие посещение 40 пациентов, из них: 21 человек – лица, проходившие обследование по линии военкомата (в 2014г. эти показатели были соответственно 66 и 29). Таким образом, в 2015 г. количество пациентов, не завершивших обследование по линии военкомата, снизилось на 8 чел. Количество пациентов, выписанных как, не посещающие, также снизилось на 26 человек, в сравнении с 2014г. Причинами прекращения посещения отделения в отчетном году, были переводы пациентов в общемедицинские (хирургические и т.п.) ЛПУ, другая часть больных отказалась от дальнейшего лечения в связи с недостаточной критикой к наличию психического заболевания или отсутствием её, а также в связи с материальными затруднениями (отсутствие денег на проезд), или в связи с выходом на работу (в случае отказа от выдачи листка нетрудоспособности).

С ухудшением состояния было переведено в круглосуточный стационар 24 человека (в 2014 - 37). В большей части случаев, ухудшение психического состояния пациентов наступило, вследствие несоблюдения режима приёма лекарственных препаратов (самостоятельное прекращение приёма лекарства или употребление в увеличенной дозировке), в силу невозможности контроля со стороны медицинских работников и амбулаторного режима пациентов.

Нозологические формы. Нозологическое распределение пациентов дневного стационара представлено в таблице 1. Из нозологических форм преобладают непсихотические психические расстройства (396), на 2 месте стоит шизофрения (147), на 3 месте аффективные непсихотические расстройства (74). Количество пациентов с умственной отсталостью в 2015г. осталось практически на уровне показателя 2014г. Процент регоспитализаций составил в 2015г. 4,0, по сравнению с 8,6 в 2014г.

Военная экспертиза. В 2015 г. поступило по линии военкомата 327 человек, из них было проведено 297 экспертиз лицам призывного возраста. Здоровыми было признано 5 испытуемых, что на 3 человека больше, чем в 2014 г. Не закончил обследование по разным причинам 21 испытуемый (в 2014 – 29). Средняя длительность обследования лиц призывного возраста составила 21 день. В сравнении с 2014 г. число призывников на 21 человек больше. Призывники составили 47 %, что превышает показатель 2014 года (43,4 %). В структуре нозологических форм на первом месте стоят непсихотические психические расстройства, главным образом – органическое поражение ЦНС, на втором месте – умственная отсталость, на третьем месте – шизофрения.

Таблица 1

Нозологическое распределение пациентов дневного стационара

<u>№</u>	<u>Нозологические формы</u>	<u>абс.</u>	<u>отн.</u>
1	Психические расстройства всего	684	98,4%
2	Психозы и состояния слабоумия	231	33,2%
3	- в том числе: органические психозы и (или) слабоумие	14	2,0%
4	- другие формы старческого слабоумия	-	-
5	Шизофрения	147	21,2%
6	Шизотипическое расстройство	13	1,9%
7	Шизоаффективные психозы	54	7,8%
8	Острые и преходящие неорганические психозы	-	-
9	Аффективные психозы	3	0,4%
10	- из них биполярные расстройства	2	0,3%
11	НППР	396	57,0%
12	- в том числе органические НППР	256	36,8%
13	- аффективные НППР	74	10,6%
14	- из них биполярные расстройства	7	1,0%
15	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	47	6,8%
16	Другие НППР, детские поведенческие расстройства, неуточненные НППР	1	0,1%
17	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых	18	2,6%
18	Умственная отсталость	57	8,2%
19	Признанные психически здоровыми	10	1,4%

Трудовая экспертиза. Анализ направленных на медико-социальную экспертизу за последние 5 лет показал, что с 2011 года намечается тенденция к снижению направления пациентов Дневного стационара для определения ограничения трудовой деятельности на МСЭ. В 2015 году их было направлено 27 человек, а пять лет назад – 50. В сравнении с показателями 2014 года, количество медико-социальных экспертиз снизилось на 8, направленных на МСЭ впервые в 2015 на 3 человека больше. 1 пациент по рекомендации МСЭ был переведен в круглосуточный стационар с рекомендацией последующего направления на МСЭ повторно. Из впервые направленных пациентов, определена группа инвалидности 7 из 8, 3 – II группа, 4 – III группа. Анализ показателей говорит о том, что, в целом, контингент психически больных, проходящих лечение в ДС, не становится «более легким» и количество лиц, проходящих медико-социальную экспертизу в дневном стационаре, остаётся на достаточно высоком уровне. Это можно объяснить тем, что пациенты в состоянии медикаментозной ремис-

сии или неярко выраженного обострения психотических расстройств, предпочитают проходить лечение и обследование для МСЭ в условиях Дневного стационара.

Число пациентов, имеющих листки нетрудоспособности, составило 67 человек, что на 22 человека меньше по сравнению с предыдущим годом. Среди них 63 лица, не имеющих группу инвалидности – 94,1%, четверо с ограниченной трудоспособностью – с III группой инвалидности. 55 от общего количества пациентов, пребывающих на листке нетрудоспособности, находились в отделении свыше месяца, что составляет 82% от всех лиц, пребывающих на листке нетрудоспособности.

Проблема нон-комплаентности пациентов с депрессиями и пути ее решения в условиях дневного стационара. Проблема эффективного психофармакологического лечения аффективных расстройств различного уровня во многом обусловлена снижением критики при гипотимических нарушениях. Больные и члены их социального окружения часто не считают депрессию полноценным заболеванием, требую-

щим длительного медикаментозного лечения и врачебного мониторинга. Пациенты при купировании острой аффективной симптоматики и нормализации настроения прекращают прием назначенных препаратов. В основе некомплаентного поведения депрессивных больных лежит отсутствие видимого эффекта антидепрессантов на амбулаторной стадии заболевания, а также низкий уровень их информирования о принципах эффективной психофармакотерапии депрессий. Прежде всего речь идет о препаратах с хорошей переносимостью, которые как бы «незаметно» для пациента оказывают свое терапевтическое действие.

Некомплаентность пациентов настолько актуальна, а связанные с нею обострения заболевания настолько часты, что мы провели инвентаризацию имеющихся технологий повышения комплаентности с целью разработать специализированный подход, повышающий приверженность к лечению в условиях дневного стационара и, соответственно, вывести помощь указанному контингенту больных на качественно новый уровень.

Особую актуальность данная проблема приобретает в условиях дневного стационара, когда пациент сохраняет высокий уровень социальной автономности, избегает стресса госпитализации, что субъективно снижает тяжесть перенесенного аффективного приступа и снижает актуальность установок на лечение. Наш клинический опыт работы с пациентами, страдающими аффективными непсихотическими расстройствами показывает, что по мере купирования острой аффективной симптоматики (тоскливых переживаний, панических атак, активной сенестопатической симптоматики) и субъективном улучшении состояния пациенты перестают принимать медикаменты или принимают их избирательно, нерегулярно. Нередко отказ от приема препаратов связан с тем, что пациенты советуются с коллегами, соседями, родственниками, получают информацию из глобальной сети Интернет, поскольку находятся в условиях информационного вакуума; они не имеют достоверных сведений о необходимости лечения в каждом конкретном случае.

Другой не менее актуальной проблемой лечения непсихотических аффективных расстройств является сохранение привычного образа жизни в процессе лечения. Часто пациенты даже при купировании основных симптомов депрессии сохраняют пессимистические взгляды на свое окружение, пессимизм, пассивность, апрагматизм, виктимность, продолжают реализовывать конфликтные и / или отстраненные отношения с родственниками. Данные обстоятельства не способствуют скорейшему выходу из болезни.

В связи с вышеизложенным нами разрабо-

тан тренинг «Школа радости», ориентированный на больных, страдающих аффективными расстройствами и находящихся на стадии купирования симптоматики. В условиях Дневного стационара тренинг проводится в групповом формате, в его структуру входит три занятия по 1,5 часа каждое. Группа составляет 8-11 человек, «Школа радости» проходит ежемесячно. В ходе тренинга реализуются следующие компоненты:

1. Психообразовательный компонент. Пациенты делятся своими персональными представлениями о депрессивных расстройствах, презентуя «внутреннюю картину болезни». Акцент делается на правилах приема препаратов, признаках обострения заболевания, поведения в экстремальных ситуациях.

2. Релаксационный компонент. Показывается роль тревожных переживаний в структуре депрессии, проводится обучение первичным навыкам релаксации в плане превенции и самокоррекции тревожных ситуаций.

3. Психосоциальный компонент. В формате диалога и обратной связи презентуются психосоциальные аспекты депрессии, ее влияние на семью, профессиональную сферу, коммуникацию, социальный статус и перспективны личности. Представляются паттерны недепрессивного поведения в указанных сферах.

4. Экзистенциальный компонент. Проводится в финале «Школы радости». В нем происходит консолидация полученных когнитивных навыков на экзистенциальном уровне и инкорпорация их в структуру личности.

Для пациентов, проходящих лечение в условиях дневного стационара, мы несколько модифицировали тренинг, дополнив его «группой встреч», которые посещали пациенты, прошедшие основной курс. В этом формате больные делились опытом «выздоровления от депрессии», демонстрируя возможности психосоциальной реадaptации и восстановления достойного качества жизни.

В рамках каждого компонента проведен набор и апробация ряда упражнений из различных психотерапевтических направлений, разработаны когнитивные схемы нетрансового и трансового характера. Эффективность оценивается по стандартизированным методикам, полученные результаты вводятся в базу данных и подвергаются соответствующей статистической обработке. В течение года проводится 11 подобных тренингов, число участников превысило 200 человек. Первые эмпирические результаты показывают, что у большинства больных происходит глубинная переоценка отношения к своему психическому состоянию, повышается рефлексивность, преодолеваются явления алекситимии, снижается частота, продолжительность и тяжесть депрессивных эпизодов.

Клиника психических расстройств

УДК 159. 972

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА В ДОШКОЛЬНОМ ДЕТСТВЕ

С.В. Гернер, Е.И. Манапова

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

Аннотация. Статья представляет собой анализ современных тенденций в области диагностики аутизма. В данной статье рассматриваются три группы проблем, а именно: проблемы, касающиеся субъекта диагностического процесса, методов диагностики и подходов к диагностической процедуре, а также предмета диагностики. Авторы затронули такие проблемные вопросы как наличие теоретически доказанной возможности ранней диагностики и ее отсутствие на практике, устаревший отечественный инструментальный, недостаточность адаптированных методик, сложности с дифференциальной диагностикой аутизма, с особенностями организации диагностирующей процедуры. По итогам анализа сделан вывод о необходимости модернизации процедур и инструментария диагностики аутизма, а также необходимости разработки диагностики на генетическом и нейрофизиологическом уровне.

Ключевые слова. Аутизм, расстройства аутистического спектра, МКБ-10, DSM-V, диагностика.

PROBLEM ASPECTS OF DIAGNOSIS OF AUTISM IN PRESCHOOL CHILDHOOD

Gerner S.V., Manapova E.I.

Resume. The article gives a detailed analysis of actual trends of autism diagnostic. It describes the diagnostics problematic aspects, which are relating to the subject of diagnostic process, to the diagnostic methods and in particular to the diagnostic procedure, and to the object of diagnostic. The authors are specially noted such problematic issues as importance of early autism diagnostic and its situation in practice, out of date diagnostics tools in Russian Federation, lack of diagnostics techniques adapted to current situation, difficulties of the differential diagnosis of autism, features of the organization diagnosing procedure. Conclusions are drawn that it is necessary to modernize procedures and diagnostic tool for autism and to develop diagnostics tools on genetic and neurophysiological levels.

Keywords. Autism, autism spectrum disorders, ICD-10, DSM-V, diagnostics.

Актуальность вопросов диагностики аутизма возрастает в связи с динамикой роста количества детей с психическими расстройствами аутистического спектра (синдром Каннера, синдром Аспергера, синдром Ретта, детское дезинтегрированное расстройство, атипичный аутизм и др.). Так, по оценке результатов статистических наблюдений в рамках Программы наблюдений за аутистическими и иными нарушениями развития (исследование проведено в США, 2010), средняя распространенность расстройств аутистического спектра среди обследованных детей в возрасте 8 лет составляла 14,7 на 1000 (1:68), при этом у мальчиков указанные расстройства встречались чаще примерно в 4,5 раза. Всего в исследовании было задействовано 363749 детей в возрасте 8 лет. Также в отчетах предыдущих годов указывались следующие данные о распространенности расстройств аутистического спектра: 6,6 детей на 1000 в 2000 году, 8 на 1000 в 2004 году и 9 на 1000 в 2006 году. В самом начале исследований в области аутизма и расстройств аутистического спектра, то есть в 70-80 гг. прошлого столетия, соотношение детей с этими заболеваниями составляло 0,5 на 1000 [6]. Таким образом, не вызывает сомнений наличие положительной ди-

намики в росте распространенности расстройств аутистического спектра.

На этом фоне особую актуальность приобретает изучение такого сегмента проблематики, как диагностика аутизма в дошкольном возрасте, в связи с корреляцией эффективности коррекционной работы с возрастом, в котором был поставлен диагноз. При диагностировании у ребенка расстройств аутистического спектра (далее РАС) в раннем и дошкольном возрасте зачастую удастся максимально скомпенсировать их и провести коррекционную работу с ребенком, достичь приемлемой социализации, сформировать индивидуальный план обучения академическим знаниям и социально-бытовым навыкам.

Ситуация осложняется тем, что для русскоязычного пространства на сегодняшний день наблюдается острая нехватка научно-исследовательских публикаций и аналитического материала по теории и практике диагностики аутизма в раннем и дошкольном возрасте. Таким образом, рассмотрение проблемных аспектов вопроса диагностики аутизма в раннем и дошкольном возрасте представляется полезным как для общего состояния изученности вопроса, так и для практического применения.

Проблемные аспекты диагностики аутизма, на наш взгляд, можно условно разделить на три группы:

- связанные с субъектом диагностического процесса;
- связанные с методами и подходами к организации диагностической процедуры;
- связанные с предметом диагностики.

Проблемы, связанные с субъектом диагностического процесса. Говоря о субъектной направленности диагностики аутизма, следует особо выделить такой диагностический фактор, как возраст обследуемого ребенка. Набирает популярность мнение о том, что необходимы диагностические методики, позволяющие диагностировать расстройства аутистического спектра как можно раньше. Весомым аргументом в его пользу становятся результаты исследований о выявлении ранних биомаркеров аутизма у детей, начиная с 6-месячного возраста. Такими биомаркерами оказались белки, участвующие в иммунном ответе организма [8]. Это открытие может быть основой для создания методики быстрой диагностики аутизма.

Основными показателями расстройства аутистического спектра являются: дефицит социально-психологических умений и навыков, двигательные стереотипии, а также сопутствующие нарушения развития двигательных навыков. Следует отметить, что на основе этих показателей фиксация формального диагноза «аутизм» происходит, в среднем, в возрасте 5,7 лет. Есть сведения о том, что у 27% детей с наличием расстройств аутистического спектра определяется диагноз только после 8 лет [10]. Это превышает рекомендованную возрастную границу. С учетом того, что многие поведенческие признаки наличия аутизма у детей появляются в период от 6 до 12 месяцев, а в возрасте около 24 месяцев диагноз имеет тенденцию к стабилизации, различные организации (например, Американская Психиатрическая Ассоциация или Британский Королевский психиатрический колледж), утверждают, что диагноз «аутизм» может быть установлен надежным способом при помощи опытных клинических специалистов в возрасте от 2 до 3 лет.

Таким образом, проблема этого аспекта диагностики заключается в том, что возможность качественной ранней диагностики аутизма подтверждена научными исследованиями, однако по статистике здравоохранительных ассоциаций, рекомендации по возрасту установления диагноза аутизма не соблюдаются в большинстве случаев. Такая ситуация может быть связана как с тем, что на данный момент у специалистов нет готовых методик диагностики аутизма на нейрофизиологическом или генетическом уровне, так и с тем, что родители и врачи мало информированы о признаках аутизма в раннем детстве.

Проблемы, связанные с методами и подходами к организации диагностической процедуры. Прежде всего, речь идет о недостаточности имеющегося диагностического инструментария для надежной постановки диагноза «аутизм» у обследуемых в раннем детском возрасте. Это связано с тем, что диагностические методики, которые задействуются для современной процедуры обследования детей раннего и дошкольного возраста, опираются, в первую очередь, на наблюдение и интерпретацию поведенческих, социальных и коммуникативных навыков ребенка. Однако диагностика в первые годы жизни ребенка вызывает определенные затруднения у специалистов, связанные с возрастными особенностями развития: речь еще не является сформированной, поведенческие паттерны неустойчивы, процесс усвоения опыта общественной жизни и общественных отношений находится на начальной стадии.

Из этого можно сделать вывод, что в раннем детском возрасте исследователи имеют меньше возможностей оценить поведенческие симптомы ребенка, и возможность подтвердить диагноз на генетическом или нейрофизиологическом уровне была бы уместной и своевременной. Следовательно, появляется все больше причин говорить о необходимости установления этиологии расстройств аутистического спектра.

В современных классификациях психических расстройств и заболеваний фокус в исследовании расстройств аутистического спектра переместился от этиологии к описанию, в то время как этиология остается широко обсуждаемой темой на протяжении нескольких десятков лет. В то же время, точная причина появления аутизма до сих пор неизвестна. Есть исследования, подтверждающие, что расстройства аутистического спектра могут быть вызваны генетическими факторами и/или факторами воздействия окружающей среды на организм человека [7].

С нашей точки зрения, именно исследование этиологии расстройств аутистического спектра и выяснение причины появления расстройств аутистического спектра у детей может стать наиболее перспективным путем совершенствования диагностических инструментов. Таким образом, проблема заключается в том, что существует потребность в методах диагностики, основанных на этиологии расстройств аутистического спектра, однако результатов исследований в этой области еще недостаточно, чтобы определить подобные методы (хотя уже полученные данные дают надежду на успешное решение этой задачи).

Другой проблемный аспект видится в том, что нет единого, всеми признанного «сценария» диагностики степени выраженности аутизма у дошкольников. В России и за рубежом исполь-

зуются несколько наиболее популярных методик.

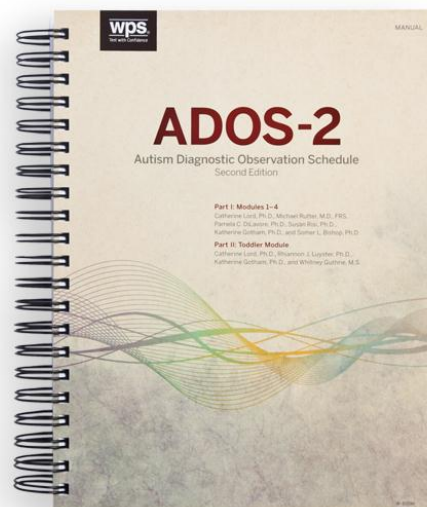
Разделяя отечественный и зарубежный диагностический инструментарий, можно отметить, что отечественные методики разрабатывались достаточно давно, и возможно, могут не соответствовать текущим представлениям о расстройствах аутистического спектра. Так, например, методическое пособие по диагностике раннего детского аутизма Никольской О.С., Лебедевой К.С. [4] датируется 1991 годом, следовательно, методика диагностики соответствует международной классификации болезней 9-го пересмотра. Между тем, подход к определению аутизма существенно изменился, вплоть до того, что из классификации следующей версии, 10-го пересмотра, диагноз «299.0 Ранний детский аутизм» и вовсе исключили, заменив его группой диагнозов «F84.0 Детский аутизм», «F84.1 Атипичный аутизм», «F84.2 Синдром Ретта». На наш взгляд, в этом случае пособие нуждается в обновлении в соответствии с современными представлениями о детском аутизме. Хотя, безусловно, методики Никольской О.С., Лебедевой К.С., Кагана В.Е. учитывают традиции и менталитет нашей страны, прошли апробацию и успешно применялись на протяжении нескольких десятков лет.

В то же время, некоторые ученые считают, что использование современных зарубежных диагностических методик нецелесообразно: «перенос этого опыта на отечественную почву с иными традициями в психологии, специальной педагогике и медицине вряд ли возможен, необходимы адаптация и апробация этих тестовых систем» [1, с. 16]. Кроме того, наиболее часто применяемые в России методики диагностики, являются узкоспециализированными: они направлены на обследование одной из сфер развития, например, на обследование речи, оценку когнитивного развития. Таким образом, комплексное обследование ребенка с подозрением на расстройство аутистического спектра требует больших временных, кадровых затрат. Более того, процесс обследования осложняется и тем, что в основе используемых методик могут лежать различные теоретические подходы [5].

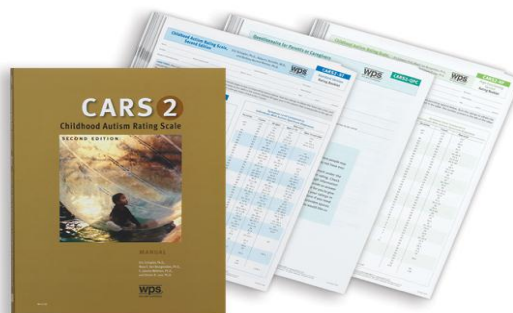
Среди наиболее популярных зарубежных диагностических инструментов сейчас используются такие методики, как ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule, диагностирующее наблюдение), CARS (Childhood Autism Rating Scale, рейтинговая шкала аутизма у детей), M-CHAT (The Modified Checklist for Autism in Toddlers, модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста), ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised, опрос родителей) [2]. Их основные характеристики приведены ниже и оформлены в таблице 1.

Так, ADOS предназначается для диагностики расстройств аутистического спектра у ребен-

ка в возрасте от 12 месяцев посредством таких методов, как наблюдение, игровые сценарии, социальные ситуации.



В 2012 году было выпущено 2-е издание, включающее в себя обновленные данные о расстройствах аутистического спектра и дополнительный модуль, подходящий для детей раннего возраста. Методика выстроена таким образом, чтобы иметь возможность отслеживать социально-коммуникативные навыки ребенка и его поведенческие паттерны в разных возрастных периодах, при этом могут быть обследованы дети с разными уровнями развития. Методика состоит из 4 модулей, которые выбираются исходя из уровня речевого развития и возраста ребенка. Модуль 1 используется для детей, не применяющих фразовую речь в постоянном режиме; модуль 2 – для детей, применяющих фразовую речь, но не говорящих свободно; модуль 3 – для детей, говорящих свободно; модуль 4 – для взрослых и подростков, говорящих свободно. Однако в методике отсутствует модуль для обследования неговорящих свободно взрослых и детей подросткового возраста. Вывод диагноза привязан к классификации болезней и психических расстройств МКБ-10.



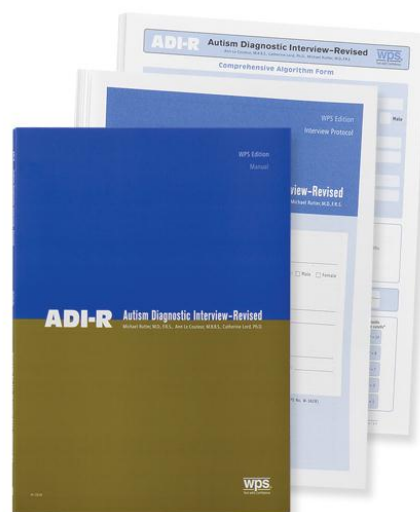
Шкала CARS разработана для определения симптомов аутизма у детей в возрасте 2-6 лет, на данный момент – является одной из самых применяемых. При исследовании задействуются как текущие наблюдения за ребенком, так и уже накопленная информация о поведении, социальных навыках и коммуникациях ребенка. Шкала учитывает все области, в которых может проявиться расстройство аутистического спектра. При этом результатом диагностики является заключение о том, существует ли риск наличия у ребенка расстройства аутистического спектра.

Тест для проведения обследования детей М-CHAT (Robins, Fein, & Barton, 1999) – расширенная версия диагностического теста CHAT, предназначенная для скрининга детей в возрасте 16-30 месяцев. Назначение М-CHAT разнообразно: эта диагностика может использоваться как составляющая медицинско-психологического обследования ребенка, в домашних условиях, специалистами для оценки риска наличия нарушений в процессе психического развития ребенка. Результаты теста, как и результаты шкалы CARS, являются только предварительным предположением и основанием обратиться к специалистам психоневрологического профиля.

Интервью для диагностики аутизма — переработанное, ADI-R (Autism Diagnostic Interview- Revised; Michael Rutter, Ann Le Couteur, Catherine Lord, 2003) является подробным опросом, и предназначается для сбора информации, по которой может быть диагностировано психическое расстройство аутистического спектра.

Опросник задействует все диагностические критерии, перечисляемые как в МКБ-10 (Меж-

дународная классификация болезней 10-го пересмотра), так и в DSM-V (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств пятого пересмотра). Процедура диагностики ADI-R задействует интервьюера (специалист со-



ответствующего профиля) и взрослого-информатора (в роли информатора может выступить родитель, педагог, которые обладают полной информацией о динамике развития ребенка и особенностях поведения). Ограничение накладывается только на уровень умственного развития испытуемого: оно должно соответствовать нормам, как минимум, 2-годовалого ребенка, либо старше. Диагностическая процедура и расшифровка результатов занимает около 2 часов. Процедуры использования данного интервью являются высоко формализованными.

Таблица 1

Основные характеристики методик для диагностики аутизма в период дошкольного детства

Методика	Кто может осуществить процедуру диагностики	Временные затраты	Возраст испытуемых	Что позволяет выявить
ADOS	Психолог, педагог	45 минут	От 12 мес.	Степень аутизма
CARS	Психолог, педагог, родитель	15-20 мин.	2-6 лет	Риск наличия РАС
М-CHAT	Психолог, педагог, родитель	15-20 мин.	16-30 мес.	Риск наличия РАС
ADI-R	Психолог и информатор (родитель, педагог)	2 часа	От 2 лет	Степень аутизма

Еще один проблемный аспект заключается в том, что быстро развивающаяся технология диагностики постоянно подвергает изменениям состав диагностических критериев, с акцентом на различные возрастные клинические особенности. Учитывая этот фактор, остается неясным,

является ли увеличение частоты постановки диагноза «аутизм» за последние два десятилетия реальным ростом, или является следствием изменений в диагностике и процедуре установления расстройств аутистического спектра. Некоторые авторы не исключают второй вариант

и допускают: что рост диагностированных случаев расстройств аутистического спектра у детей может быть связан со сменой подходов к изучению и диагностике данной категории нарушений в развитии. Научные сотрудники Центра исследования детского здоровья Университета Западной Австралии отмечают, что рост заболеваемости аутизмом среди детей зафиксирован одновременно с изменениями в диагностических критериях и средств в практике Западной Австралии. Наиболее выражено это отмечается в случае сравнения данных диагностики детей младше 5 лет [9]. Тем не менее, основные критерии – нарушение развития социального взаимодействия, ограниченные и повторяющиеся модели поведения, речевая дисфункция (так называемая «триада», термин введен в обиход Уингом в 1989 г) – остались теми же, и сохраняются в диагностических системах различных медико-психологических ассоциаций на сегодняшний день.

И, наконец, представляет определенную сложность этап организации диагностирующих процедур. Обследование детей с расстройством аутистического спектра затрудняется необходимостью установить взаимодействие между ребенком и исследователем на уровне, который позволит адекватным образом оценить социальные и коммуникативные навыки и умения ребенка. Так, например, Лаврентьева Н.Б., характеризуя недостатки тестирования аутичных детей, пишет: «Попадая в совершенно незнакомую ситуацию тестирования, не похожую на занятия, аутичный ребенок теряется. Он отказывается от выполнения заданий или выполняет их выборочно. Именно поэтому многие вопросы тестов, просьбы педагога остаются без ответов со стороны ребенка. После тестирования некоторые мамы рассказывали, что задания были несложными и дома они решали аналогичные, но ребенок все же растерялся» [3, с. 88]. Кроме того, на наш взгляд, наиболее эффективной формой организации обследования аутичных является лонгитюдное обследование, которое также требует больших временных и ресурсных затрат.

Таким образом, отсутствие единого сценария обследования детей раннего возрастного периода, невозможность обследовать ребенка на уровне, отличном от поведенческого, регулярное обновление данных об этиологии расстройств аутистического спектра и сложность организации диагностической процедуры в совокупности представляют собой существенную проблему для исследователей и практиков.

Проблемы, связанные с предметом диагностики. Говоря о предмете диагностики, можно выделить такие проблемные аспекты, как дифференциальная диагностика и полиморфизм симптомов.

В первую очередь, многие специалисты от-

мечают, что сложность диагностики расстройств аутистического спектра заключается в полиморфизме симптомов. Так, например, до 70-х годов прошлого века аутизм причисляли к психическим заболеваниям и рассматривали в медицинской плоскости. Допускалось, что аутизм и шизофрения – заболевания, если не родственной этиологии, то, как минимум, находящиеся в одной категории. Это не могло не отразиться на выборе диагностического инструментария и корректности интерпретации полученных данных.

Несмотря на то, что современные классификации отделяют аутизм от шизофрении, наблюдается сложность в его дифференциальной диагностике. Симптомы наличия у ребенка расстройства аутистического спектра следует отделять от симптоматики таких заболеваний и состояний, как нарушения зрения и слуха у детей, умственная отсталость, шизофрения и нарушения общения, обусловленные условиями жизни ребенка. «Смазать» диагностическую картину может и синдром дефицита внимания и гиперактивности у ребенка (этот синдром часто диагностируется в связке с расстройством аутистического расстройства).

Характеризуя симптомы расстройств аутистического спектра, на которые опираются диагностические методики, следует отметить, что в мире наиболее популярны два подхода к выделению симптоматики расстройств аутистического спектра. Руководство по диагностике и статистике психических расстройств пятого пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V), разработанное и опубликованное Американской Психиатрической Ассоциацией (American Psychiatric Association) 18 мая 2013 года, и «Международная классификация болезней 10-го пересмотра МКБ-10» (выход в свет нового пересмотра МКБ-11 планируется в 2017 году), хотя и включают в себя схожие критерии и диагностические условия аутизма, обнаруживают и различия в интерпретации или описании их.

Интересен тот факт, что DSM-V допускает сосуществование умственной отсталости и расстройств аутистического спектра у ребенка, хотя при этом и указывает на ожидаемое снижение уровня социальной коммуникации ниже нормы, в то время как по системе МКБ-10 это взаимоисключающие явления. Также отметим, что DSM-V указывает на такой важный фактор, как воздействие расстройств аутистического спектра на качество жизни ребенка, МКБ-10 этот фактор не учитывает.

Во вторую очередь следует учитывать широту понятия «расстройство аутистического спектра» и различия подходов к его оценке и описанию. Для рассмотрения диагностических критериев и условий возьмем нарушение развития по МКБ-10 «F84.0 Детский аутизм», кото-

рому в DSM-V соответствует категория «299.00 Autism Spectrum Disorder». Уже по названию можно отметить, что DSM-V расширяет границы понятия, говоря о спектре расстройств, еще раз подчеркивая полиморфизм симптоматики расстройства развития. В МКБ-10 градация происходит отчетливее. Оценивая подход к области социального взаимодействия, отметим, что в МКБ-10 используются более выраженные и ярче ограниченные показатели и индикаторы («неспособность», «отсутствие»), в то время как подход в системе DSM-V более гибкий («дефицит», «трудность», «осложненность»). Содержание основных диагностических критериев совпадает. Оценивая подход к области коммуникации, отметим, что в МКБ-10 диагностические критерии выделены в отдельную категорию, в то время как DSM-V рассматривает их совместно с критериями предыдущей категории.

При описании возрастных норм, в классификации МКБ-10 можно отметить, что аномальное или нарушенное развитие проявляется в возрасте до 3 лет – это диагностический критерий, в то время как в DSM-V указывается, что, хотя и ожидается появление симптомов в раннем детском возрасте, но при задействовании некоторых факторов, симптоматика может проявиться в полной мере в дальнейших возрастных периодах. Таким образом, согласно МКБ-10 обследование ребенка нацеливается на более раннюю постановку диагноза, чем согласно подходу DSM-V. Таким образом, существует проблема более четкого определения предмета диагностики в случае обследования ребенка с расстройством аутистического спектра и его показателей.

Резюмируем все вышесказанное: основная современная тенденция в диагностике аутизма –

это проведение исследований на трех уровнях: биологическом, поведенческом и когнитивном, причем биологический и когнитивный уровни приобретают всю большую значимость. Это связано с тем, что приобретает актуальность ранняя диагностика аутизма: здравоохранительными организациями рекомендован возраст 2-3 года для постановки диагноза, в то время как реальный возраст, в среднем, составляет 5,7 лет.

Кроме того, определенную сложность представляет вопрос дифференциальной диагностики аутизма в раннем возрастном периоде (что негативно влияет как на качество жизни ребенка, так и на статистику и качество научных исследований). Допускаем, что методы диагностики, основанные на этиологии аутизма, включающие в себя обследование ребенка на генетическом и нейрофизиологическом уровне, могли бы нивелировать эту проблему.

В связи с тем, что расстройства аутистического спектра на сегодняшний день находятся в центре внимания ученых различных областей, есть необходимость модернизации устоявшихся методик диагностики в соответствии с новой классификацией психических расстройств и состояний.

Сложности, связанные с организацией диагностических обследований, запуском диагностики в максимально раннем возрасте, а также шириной понятия расстройство аутистического спектра, возможно, удастся разрешить при помощи разработки программ информирования специалистов медицинского и педагогического профиля, родителей и внедрения единого плана обследования детей на признаки наличия расстройств аутистического спектра в рамках национальных здравоохранительных программ.

Литература

1. Брин И.Л., Демикова Н.С., Дунайкин М.Л., Морозов С.А., Морозова С.С., Морозова Т.И., Праведникова Н.И., Татарова И.Н., Черепанова И.В., Шейнкман О.Г. К медико-психолого-педагогическому обследованию детей с аутизмом. - М.: «СигналЪ», 2002. – 40 с.
2. Касаткин В.Н., Шапошникова А.Ф., Письменная Н.В., Бородин Л.Г., Сударикова М.А. Опыт применения стандартизированных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно-коррекционной помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Детский аутизм: исследования и практика. – М., 2008. С. 26–58.
3. Лаврентьева Н.Б. Педагогическая диагностика детей с аутизмом // Дефектология: Научно-методический журнал. 2003. N 2. С. 88–93.
4. Лебединская К. С. Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления. - М.: Просвещение, 1991. - 96 с.
5. Манелис Н.Г., Хаустов А.В., Панцырь С.Н., Волгина Н.Н., Мамонтова Н.А. Сравнительный анализ диагностических методик, используемых в образовательных организациях г. Москвы при работе с детьми с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2015. Том 13. N 2. С. 8–16.
6. Bai J. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010 // MMWR. 2014. V.63(2). P.1-2.
7. Glasco E.J., Bower C., Peterson B., de Klerk N., Chaney G., Hallmayer J.F. // Perinatal factors and the development of autism. Archives of General Psychiatry. 2004. V. 61. P.618-627.
8. Momeni N., Bergquist J., Brudin L., Behnia F., Sivberg B., Joghataei M. T. and Persson B. L. A novel blood-based biomarker for detection of autism spectrum disorders // Translational Psychiatry. 2012. V. 2. P. 91.
9. Nassar N., Dixon G., Bourke J. Autism spectrum disorders in young children: effect of changes in diagnostic practices // Int. J. Epidemiol. 2009. V. 38 (5). P.1245-1254.
10. Shattuck P.T., Durkin M., Maenner M. Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009. V.48(5). P.474-83.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДИССОЦИАТИВНОГО (КОНВЕРСИОННОГО) РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

О.П. Соловьева¹, Т.Н. Земских²

¹ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Областная клиническая больница"

² Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Нововаршавская центральная районная больница"

Аннотация. В работе представлено описание нечастой формы коморбидной психической патологии – конверсионное расстройство наблюдалось у пациента с детским церебральным параличом. Диагностические сложности заключались в том, что у пациента еще до развития клинических проявлений конверсионного расстройства были выраженные структурные изменения в головном мозге. Конверсионная симптоматика была весьма разнообразна. Двигательные расстройства были приняты за симптоматическую эпилепсию с фокальными и вторично генерализованными приступами, а слепота, глухота, задержка мочи могли быть вызваны новообразованием в головном мозге

Ключевые слова. Конверсионное расстройство, детский церебральный паралич, коморбидность.

CLINICAL CASE OF DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDER IN A PATIENT WITH A CHILDREN'S CEREBRAL PALSY

O.P. Solovyova, T.N. Zemsky

Resume. The paper describes an uncommon form of comorbid mental disorders - conversion disorder was observed in a patient with cerebral palsy. Diagnostic difficulty lies in the fact that the patient before the onset of clinical manifestations of conversion disorder were expressed structural changes in the brain. Conversion symptoms were very diverse. Movement disorders were taken for symptomatic epilepsy with focal and secondary generalized seizures, and blindness, deafness, urinary retention can be caused by tumors in the brain.

Keywords. Conversion disorder, cerebral palsy, comorbidity.

Целью данной статьи являлось описание сложного диагностического случая у пациента с детским церебральным параличом. Затруднительность в постановке диагноза состояла в том, что у пациента еще до развития клинических проявлений конверсионного расстройства были структурные изменения в головном мозге (признаки дисциркуляторной энцефалопатии, сочетанной гидроцефалии, кисты). Кроме этого пациент перенес операцию по удалению грыжи диска поясничного отдела позвоночника с возникновением в послеоперационный период нижней параплегии. Конверсионная симптоматика была весьма разнообразна. Двигательные расстройства были приняты за симптоматическую эпилепсию с фокальными и вторично генерализованными приступами, а слепота, глухота, задержка мочи могли быть вызваны новообразованием в головном мозге

Пациент К, 1994 года рождения. Наследственность психопатологически не отягощена. Родился от первой беременности, которая протекала с токсикозом. Роды тяжелые, родовое излитие околоплодных вод, вторичная родовая слабость. Находился в барокамере 14 дней. Сидеть начал в 9 месяцев. Отставал в нервно-психическом развитии, говорить начал с 4 лет. Длительное время наблюдался у невролога по поводу детского церебрального паралича, неоднократно лечился в ОДКБ. Часто болел простудными заболеваниями.

Посещал ДДУ, привыкал долго, но в даль-

нейшем проблем не было, избегал общества детей, был малообщителен. По характеру был спокойный, восприимчивый, добрый, ласковый, обидчивый, плаксивый. С 7 лет обучался на дому по программе коррекционной школы, закончил 9 классов. Из школьной характеристики на 2006 год: учится с интересом, но испытывает трудности в чтении, пересказывании, не умеет применить правила правописания, при записи под диктовку делает ошибки. Знает слова, которые пишутся с заглавной буквы, хорошо усвоил состав чисел. Новое запоминает на короткое время, непрочно. Лучше развита зрительная память. Внимание неустойчиво, воображение развито слабо. На слух воспринимает информацию, но запоминает с трудом. Агрессии не проявляет, выполняет любое требование учителя. В последние 2 года обучения проблемы с учебной стали более выраженными. При неудачах становился отгороженным, мог несколько часов сидеть в одиночестве, ничем не заниматься.

Пациент старший ребенок в полной семье рабочих, есть еще младшая сестра. Отношения в семье доброжелательные. Мать по характеру вспыльчивая, общительная, отец спокойный, молчаливый. Более близкие отношения с матерью и сестрой. Предпочитал спокойные игры, просмотр телевизора, любил помогать отцу по уходу за домашними животными.

У психиатра наблюдался с 2000 года по поводу органического расстройства личности со снижением интеллектуально-мнестических

функций, обусловленное поражением ЦНС, принимал соннапакс, пирацетам. В 2004 году проводилось исследование КТ, когда в области мозжечка обнаружена арахноидальная киста.

Пациент передвигался самостоятельно. В 2008 перенес операцию удаления грыжи диска поясничного отдела позвоночника. В послеоперационный период возникла нижняя параплегия и больной утратил возможность самостоятельного передвижения. В последующем двигательные нарушения сохранялись. Позднее проходил стационарное консервативное лечение в нейрохирургическом отделении. МРТ головного мозга в 2009 году. МРТ-признаки небольшой кисты в левом полушарии, ассиметричная дилатация передних рогов боковых желудочков, незначительное расширение III желудочка, ретроцеллебарная арахноидальная киста.

Из сопутствующих заболеваний: правосторонний рецидивирующий средний отит, хронический тонзиллит, ринофарингит, гиперметропия слабой степени, пупочная грыжа, нейрогенный мочевой пузырь. Отмечалось снохождение, ЧМТ не было. Туберкулез, гепатит отрицают. Аллергологический анамнез не отягощен.

Ухудшение состояния в июне 2012, когда в момент внутривенного капельного введения пентоксифиллина на дому, появились позывы на рвоту, затем потеря сознания с тоникоклоническими судорогами, со слюнотечением и прикусом языка. Длительность приступа до 10 минут, затем в течение 6 часов не приходил в сознание. Был госпитализирован в ЦРБ. Повторный приступ произошел в стационаре через 10 минут, после того как пришел в себя. Вновь отмечалось отключение сознания с тоникоклоническими судорогами и присоединением двигательного возбуждения, размахивал руками, громко разговаривал, кричал, длительностью до 10 минут. Во время всего периода пребывания в стационаре наблюдались ежедневные приступы двигательного возбуждения. Приступы бывали только в дневное время. В ходе лечения состояние улучшилось, был выписан под наблюдение невролога по месту жительства.

С начала августа 2012 в связи с возобновлением приступов вновь госпитализирован в ЦРБ, где проходил лечение по поводу симптоматической эпилепсии с фокальными и вторично генерализованными приступами. ДЦП, спастический тетрапарез, нарушение функции тазовых органов. Дискогенная радикулопатия L4-S1 справа в резидуальном периоде оперативного лечения (2008г) интерляминэктомия L5.

В этот период больной перестал самостоятельно глотать, питание осуществлялось через назогастральный зонд. Исчезла звучность голоса, говорил шепотом. Утратил возможность са-

мостоятельного мочеиспускания, в мочевом пузыре стоял постоянный катетер. Исчез слух на правое ухо, снизился слух на левое ухо, пользовался слуховым аппаратом. Кроме этого, отмечались приступы двигательного возбуждения с криками («помогите, пожалуйста, кто-нибудь»). Иногда больной «дрался» с окружающими, при попытке прикоснуться кусал окружающих или себя, размахивал руками, кричал, что «находился в могиле». Продолжительность приступов от 10 минут до 5 часов, ежедневно. В это время отмечались приступы удушья, хрипа, задержки дыхания. Припадки не амнезировал. После приступа рассказывал, что находился в могиле, испытывал страх, пытался выбраться, кричал, звал на помощь. В этот период отмечалась повышение температуры тела до 37.8-38.5 С.

В лечении получал зуфиллин, магнезию в/в капельно, антибиотики (цефтриаксон, метрогил), седативную терапию, депакин (500мг 3 раза в день), фенobarбитал 100 мг на ночь, аминазин (100мг 3 раза в день).

На электроэнцефалографии (август 2012) выявлены умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, эпилептиформная активность не зарегистрирована. МРТ головного мозга (август 2012г) показало признаки дисциркуляторной энцефалопатии, сочетанной гидроцефалии. Признаки кисты левой височно-теменной области 5х3х5мм. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (август 2012г) - признаки незначительной гепатомегалии, умеренные диффузные изменения в поджелудочной железе, нефроптоз справа, уплотнение полостной системы почек. Осмотр окулиста в этот же период - амблиопия обоих глаз, миопия средней степени обоих глаз. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника (январь 2012г) - явления остеохондроза, спондилоартроза. Несмотря на проводимое лечение состояние не улучшалось.

Обратились на прием к эпилептологу ОКБ. С целью дифференциального диагноза между пароксизмальным синдромом неясной этиологии (не исключался психогенный характер симптоматики) и эпилептическими приступами был госпитализирован в неврологическое отделение ОКБ.

На момент поступления в отделение неврологии общее состояние оценивалось как тяжелое. Пациент в сознании, в положении на спине. «Мраморный» оттенок кожных покровов. Ограничение взора вверх и влево. Установлен назогастральный зонд. Отвечает на вопросы, но речевой контакт малопродуктивный из-за отсутствия звучности голоса. При осмотре полости рта и глотки выявлена достаточная подвижность мягкого неба при фонации, живой глоточный рефлекс. Язык обложен густым коричневым налетом. В соматическом статусе: дыхание свободное, пульс - 100 ударов в 1 мин, АД -

110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание через катетер. Отсутствуют активные движения в ногах, сила в руках снижена, выраженная мышечная гипотония. Клонусы стоп, симптом Бабинского справа. ДЗ: Перинатальная энцефалопатия III в резидуальном периоде ДЦП. Двусторонняя анакузия. Псевдобульбарный синдром. Тетрапарез (нижняя параплегия). Тазовые дисфункции. Симптоматическая эпилепсия с частыми психомоторными и вторично генерализованными приступами дифференцируется с пароксизмальным синдромом в рамках диссоциативного (конверсионного) расстройства. Резидуальный период оперативного лечения грыжи диска. Таким образом, на данном этапе впервые был поставлен вопрос о возможном диссоциативном (конверсионном) характере заболевания.

В лечении получал: фенобарбитал (100мг на ночь), депакин-хроносфера (500мг утром и вечером), аминазин (по 2мл в/м однократно), антибиотики (амикацин, палин), витамины, прозерин.

Был осмотрен отоневрологом для исключения бульбарного синдрома. При объективном осмотре: Мягкое небо подвижное. Фибриляций и атрофий языка не выявлено. Глоточные рефлексы умеренно оживлены. Рефлексы с мягкого неба оживлены. Предъявляет афонию. Анартрии нет. Дисфагия при приеме твердой пищи. Зондовое кормление, воду небольшими порциями пьет. Заключение: Бульбарного синдрома нет. Выявлен нерезко выраженный псевдобульбарный синдром.

В отделении состояние больного оставалось тяжелым. Отмечались выраженные нарушения со стороны различных функциональных отделов нервной системы - слепота, отсутствие слуха, невозможность глотания при отсутствии бульбарного синдрома, отсутствие движений в ногах, задержка мочи. В течение суток до 3-х раз возникали приступы с двигательным возбуждением, сохранным сознанием, во время которых пациент обращался за помощью. Приступы купировались введением аминазина по 1,0. Также отмечались пароксизмы с тахипноэ, попыткой присесть в постели, широко раскрытым ртом, протягиванием рук к окружающим. На обращения не реагировал, но слышал слова. При проведении ЭЭГ пароксизмальная активность не выявлялась.

Речевой контакт был затрудненным, на вопросы отвечал тихим беззвучным голосом, односторонне, на лице часто появлялась мимика страдания. В течение дня проводилось зондовое кормление

Урологом было рекомендовано удаление мочевого катетера в связи с субфебрильной лихорадкой и, при отсутствии самостоятельного мочеиспускания, наложение эпицистостомы. Осмотр проводился в присутствии матери. Ре-

комендации были даны при пациенте с демонстрацией места, куда необходимо наложить цистостому. Спустя 1-2 часа после удаления катетера пациент стал самостоятельно мочиться в памперс.

Пациент неоднократно осматривался психиатром. Психический статус при первичном осмотре: Сознание сохранено. Внимание привлекается, следит за передвижениями матери, врача, окружающими. Контакт с пациентом малопродуктивный из-за нарушения речи. При обращении к пациенту отвечает тихим беззвучным голосом, речь неразборчивая. Общение происходит через мать. Через нее сообщает, что "устал", мешает "шум в голове". Фон настроения снижен. На время осмотра моторно спокоен, острая психотическая симптоматика не выявляется, поведением не обнаруживает.

Со слов матери сохраняются ежедневные приступы с резким возбуждением, страхом. Мечется в постели, пытается кричать, кусает окружающих или себя. В этот момент контакту не доступен. После содержания переживаний помнит частично. Также через мать сообщает, что во время приступов «видит себя в глубокой яме, могиле», «становится очень страшно, пытается выбраться из ямы, карабкается вверх, кричит, зовет на помощь».

Может общаться с окружающими, матерью, медицинским персоналом жестами. Часто жестикация сопровождается учащенным дыханием, двигательной реакцией. Психиатром был рекомендован прием хлорпротиксена по ½ табл 3 раза в день, в постепенном увеличении дозировки до 45 мг в сутки.

В ходе проводимого лечения стал более спокойным в поведении. Приступы судорог и двигательного возбуждения стали реже, но сохранялись. Проводилось зондовое питание. При попытке обычного кормления становился раздражительным, отмечалось двигательное возбуждение с учащением дыхания, стонами. Мочился самостоятельно в памперс. Поведение было пассивным, все время лежал в постели, не пытался самостоятельно поворачиваться, сесть. Не проявлял инициативы при выполнении мероприятий ухода. Не желал самостоятельно чистить зубы, полоскать рот, умываться. Ситуацией не тяготился. Охотно принимал помощь матери, персонала. Периодически, при несогласии, реагировал эпизодами возбуждения, автоматизированными движениями. Стала отмечаться положительная динамика. При кормлении стал самостоятельно глотать пищу. Некоторое время продолжено комбинированное кормление с самостоятельным глотанием.

На время выписки пациент мог самостоятельно глотать пищу и пить, но предпочитал, чтобы его кормила и поила мать. Стал отвечать на вопросы звучным голосом. Отвечал тихо, неуверенно, долго обдумывал ответ. Во время бе-

седы смотрел на мать, искал одобрения, под- сказки. В туалет не просился, мочился в пам- перс. На замечания реагировал негативно, оби- жался, отказывался разговаривать.

В связи с многообразием клинических про- явлений, сложностью диагностики из-за нали- чия структурных изменений в головном мозге, ДЦП с нижней параплегией был консультирован профессором кафедры психиатрии Дроздовским Ю.В. Заключение: Клиническая картина пред- ставлена конверсионным синдромом. Диагноз: Диссоциативное (конверсионное) полиморфное расстройство (слепота, глухота, диссоциатив- ные двигательные расстройства, диссоциатив-

ные конвульсии), интеллектуально- мнестические нарушения. Были даны рекомен- дации по лечению, продолжить прием хлорпро- тиксена в подобранных дозировках. При исклю- чении грубой неврологической патологии нуждается в лечении и реабилитации у врача- психиатра.

Был выписан домой под наблюдение невролога и психиатра по месту жительства.

В последующие годы пациент неоднократно госпитализировался в ЦРБ с выраженной конверсионной полиморфной симптоматикой. Назначенное лечение имело положительный, но непродолжительный эффект.

УДК 616.891 - 316.51:32

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АГОРАФОБИИ С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Л.В. Моор, Л.Д. Рахмазова

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой», Омск, Россия,
ФГБНУ НИИ психического здоровья, Томск, Россия

Аннотация. Целью работы было изучение клинико-психопатологических особенностей агорафобии с паническим расстройством при клинической гетерогенности данного феномена. Пациенты были госпитализированы в отделение пограничных психических расстройств Омской областной психиатрической больницы. В исследовании участвовали 79 человек в воз- расте от 18 до 60 лет, из них 64 женщины и 15 мужчин. Средний возраст в отобранной группе составил 37,26+ лет. 45 человек, из числа исследуемых, впервые в жизни обратились за стационарной помощью, 34 пациента проходили лечение два и более раз. В обеих исследуемых группах пациентов выявлен достаточно однородный уровень выраженности ряда симптомов, а именно: тяжесть панических атак, избегающее поведение, наличие нескольких агорафобических ситуаций, изменение образа жизни. Также отмечается, что у лиц, проходивших лечение повторно, в период поддерживающей терапии сохраняются остаточные психопатологические нарушения, затрудняющие прежний образ жизни, несмотря на хороший комплаенс.

Ключевые слова. Агорафобия, панические расстройства.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF AGORAPHOBIA WITH PANIC DISORDER IN PATIENTS OF DEPARTMENT OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS

Moore L.V., Rakhmazova L.D.

Resume. The aim of the work was to study the clinical and psychopathological features of agoraphobia with panic disorder in the clinical heterogeneity of the phenomenon. Patients were hospitalized in the Department of borderline mental disorders Omsk regional psychiatric hospital. The study involved 79 people aged 18 to 60 years, including 64 women and 15 men. The average age in the group was selected 37,26+ years. 45 people from among the study, for the first time applied for inpatient care, 34 patients were treated with two or more times. In both groups of patients revealed a fairly uniform level of severity of symptoms, namely the severity of panic attacks, avoidance behavior, the presence of several agoraphobic situations lifestyle change. It is also noted that individuals who were treated repeatedly, during maintenance therapy, residual psychopathological disturbances persist, impeding the former way of life, despite good compliance.

Keywords. Agoraphobia, panic disorder.

В последние годы в фокусе внимания оте- чественных и зарубежных исследователей находятся невротические состояния, в том чис- ле и агорафобия с паническим расстройством.

Научные и практические работы в этой об- ласти обусловлены высокой распространен- ностью данного заболевания среди трудоспособ- ного населения, резистентностью к терапии, склонностью к рецидивирующему течению, а

также существенным снижением качества жизни и уровня социальной адаптации больных (1). Чаще всего агорафобия с паническим расстройством формируется после перенесенных панических эпизодов. Кроме агорафобии исследователи обращают внимание на формирование избегающего поведения, тревоги ожидания, вторичных аффективных расстройств и ипохондрии. Это влечет за собой частые общемедицинские и специализированные обследования, вызовы скорой помощи, госпитализации с псевдосоматическими диагнозами, а в дальнейшем наблюдается нарушение межличностных отношений, снижение трудоспособности, развитие лекарственной и алкогольной зависимости. В конечном счете, формируется ипохондрическая личность, все интересы, смыслы и ценности которой подчинены чрезмерной заботе о собственном здоровье в ущерб иным сферам социального функционирования (2,3,4). Вместе с тем мнения исследователей в оценке агорафобии расходятся. Ряд авторов говорит о благоприятном течении агорафобии, легкой степени избегания и удовлетворительной степени адаптации на протяжении многих лет. Другие указывают на значительную социальную дезадаптацию и стойкую потерю трудоспособности у большинства пациентов (2,4). Таким образом, в научно-практической оценке клинко-динамических параметров данной нозологической формы нет единых подходов, что при вышеуказанной социальной значимости агорафобии выдвигает данные вопросы в одну из центральных тем современной «пограничной» психиатрии.

Целью данного сообщения является изучение клинко-психопатологических особенностей агорафобии с паническим расстройством при клинической гетерогенности данного фе-

номена. Нами были изучены две группы пациентов, страдающих данным расстройством:

I группа. Пациенты, обратившиеся за стационарной помощью впервые («первичные»).

II группа. Пациенты, получающие помощь в стационаре повторно («повторные»).

Для достижения поставленной цели нами было проведено клинко-психопатологическое исследование пациентов с установленным диагнозом агорафобия с паническим расстройством (F40.01 по МКБ-10). Оценка тяжести панических атак и избегающего поведения проведена по критериям, представленным в «Клинической психиатрии» под ред. Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэддок (5).

Все пациенты были госпитализированы в отделение пограничных психических расстройств Омской областной психиатрической больницы в 2014-2015 гг. В исследовании участвовали 79 человек в возрасте от 18 до 60 лет, из них 64 женщины и 15 мужчин. Средний возраст в отобранной группе составил 37,26±2,38 лет. 45 человек, из числа исследуемых, впервые в жизни обратились за стационарной помощью, 34 пациента проходили лечение два и более раз.

У пациентов обеих групп (первичные 93,33%, n=42, повторные 67,65%, n=23) чаще отмечались тяжелые панические приступы, повторяющиеся несколько раз в неделю либо ежедневно (таблица 1). В группе повторных пациентов чаще, чем в первой группе наблюдалась умеренная выраженность панических атак (первично 6,67%, n=3, повторно 32,35%, n=11). Для обеих групп были характерны типичные развернутые панические атаки (более 4-х ассоциированных с паникой симптомов), проявляющиеся сочетанием соматовегетативных и психических нарушений.

Таблица 1

Тяжесть панических атак				
Пациенты	Тяжесть панических атак			Всего
	Легкая	Умеренная	Тяжелая	
Первичные	0	3	42	45
		6,67 %	93,33 %	100 %
Повторные	0	11	23	34
		32,35 %	67,65 %	100 %

Симптомы агорафобии во всех случаях были классическими. Пациенты жаловались на страх оказаться вне дома, в людных местах, боялись поездок в общественном транспорте и одиночества. Можно отметить, что в обеих группах чаще отмечалось сочетание нескольких агорафобических ситуаций (первичные 71,11%, n=32; повторные 70,58%, n=24). Например, одновременно пациенты могли испытывать страх перед пребыванием вне дома и нахождением в

одиночестве, что в значительной степени нарушало их адаптацию. В группе первичных пациентов обращает на себя внимание преобладание умеренной (46,67%, n=21) и тяжелой (24,44%, n=11) степени выраженности избегающего поведения (таблица 2). Пациенты с тяжелой степенью избегающего поведения в буквальном смысле были привязаны к дому, могли передвигаться только в сопровождении родственников. Ограничения при умеренной степени избегающего поведения были менее выражены, но все

равно, значительно нарушали жизнь пациентов. Также в этой группе больных легкая степень избегающего поведения встречалась реже (28,89%, n=13). В целом они сохраняли прежний образ жизни, но агорафобические ситуации переносили крайне мучительно. Почти у полови-

ны пациентов (47,05%, n=16), поступивших на лечение повторно, отмечалась легкая степень избегания фобических ситуаций. Оставшееся число людей было отнесено к умеренной (29,43%, n=10) и тяжелой (23,52%, n=8) степеням проявления избегающего поведения.

Таблица 2

Тяжесть избегающего поведения				
Пациенты	Тяжесть избегающего поведения			Всего
	Легкая	Умеренная	Тяжелая	
Первичные	13	21	11	45
	28,89 %	46,67 %	24,44 %	100 %
Повторные	16	10	8	34
	47,05 %	29,43 %	23,52 %	100 %

Для обеих групп было характерно изменение образа жизни и наличие охранительно-приспособительных действий ипохондрического плана. Пациенты, как правило, стремились оградить себя от физических и эмоциональных нагрузок, прибегали к самоконтролю (многократные измерения гемодинамических показателей, частоты дыхания и т.п.), часто вызывали скорую помощь, продолжали обращаться к врачам соматического профиля, даже при отсутствии эффекта от лечения и объективного подтверждения жалоб. Большое число пациентов в обеих группах (первичные 71,11%, n=32; повторные 50%, n=17) настаивали на постоянном присутствии близких родственников, супругов, детей, что существенно нарушало жизнь всей семьи, способствовало ухудшению межличностных отношений. Часть пациентов (первичные 20%, n=9, повторные 23,53%, n=8) в связи с болезнью увольнялись с работы либо меняли ее на более легкую, близкую к дому.

Стоит подчеркнуть то обстоятельство, что у 79,42% (n=27) повторных пациентов в период поддерживающей терапии сохранялись психопатологические нарушения в виде периодически возникающих панических приступов, агорафобии, аффективных нарушений. Выраженность

данных расстройств была значительно меньше, чем в острый период, но мешала полноценной адаптации пациентов. Большинство больных (61,76%, n=21), говорили о том, что соблюдали рекомендации по поддерживающему лечению. Из числа всей группы 26,48% (n=9) не принимали рекомендуемые дозы препаратов либо частоту их приема, и лишь четыре человека (11,76%) препараты не принимали совсем.

Таким образом, в обеих исследуемых группах пациентов выявлен достаточно однородный уровень выраженности ряда симптомов, а именно: тяжесть панических атак, избегающее поведение, наличие нескольких агорафобических ситуаций, изменение образа жизни. Также мы отмечаем, что у лиц, проходивших лечение повторно, в период поддерживающей терапии сохраняются резидуальные психопатологические нарушения, затрудняющие прежний образ жизни, несмотря на хороший комплаенс. Это обусловлено тяжестью состояния и значительной дезадаптацией пациентов вне зависимости от давности заболевания, что, на наш взгляд, свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения данной проблемы, совершенствование методов лечения и реабилитации этих пациентов.

Литература

1. Агамамедова, И.Н. Комбинированная терапия панического расстройства и агорафобии (фармакотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Н. Агамамедова. – М., 2008.
2. Андреев, А.М. Тревожно-фобическое расстройство со стойкой агорафобией (клинико-катамнестическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.М. Андреев. – М., 1999.
3. Дмитриева, Л.Г. Психопатология, динамика и прогноз агорафобии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Г. Дмитриева. – М., 1996.
4. Стаценко, О.А. Симптомокомплекс агорафобии с паническим расстройством (клиника, динамика, терапия и реабилитация): автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Стаценко. – Томск, 2011.
5. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: в 2-х т. / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэддок / пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1. – 317 с.

Психофармакотерапия

УДК 616.895.8-085

ЦИПРАЛЕКС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

А.В. Арсланова¹, О.С. Грицаенко²^{1,2} - ФГБУЗ Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА России, г. Омск¹ - Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

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

Аннотация. Представлены клинические наблюдения за 35 пациентами с хроническим болевым синдромом, сопровождавшимся тревожно-депрессивными проявлениями. Пациенты из первой группы (13 человек) страдали маскированными депрессивными реакциями, болевой синдром в данном случае был вторичен. Во второй группе наблюдения (22 человека) депрессии носили нозогенный характер. В обеих группах базисная неврологическая терапия сочеталась с психофармакотерапией, применялся современный антидепрессант эсциталопрам, а в ряде случаев и малый нейролептик. Спустя 6 месяцев комплексного лечения у пациентов из обеих групп выявлен регресс болевой симптоматики, улучшение настроения и, как следствие, качества жизни пациентов.

Ключевые слова. Хронический болевой синдром, депрессия, эсциталопрам.

CIPRALEX IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC PAIN

Arslanova A.V., Gritsaenko O.S.

Resume. Clinical data on 35 patients with chronic pain, accompanied by anxiety and depressive, have been presented. Patients in the first group (13 people) suffered masked depressive reactions, pain in this case was secondary. The second observation group (22 people) had illness-connected depression. In both groups, baseline neurological therapy combined with pharmacotherapy, to use modern antidepressant escitalopram, and in some cases small neuroleptics. After 6 months of combined treatment in patients from both groups revealed a regression of the painful symptoms, improve mood and, as a result, the quality of life of patients.

Keywords. Chronic pain, depression, escitalopram.

Одной из основных задач в практике невролога является выявление депрессивных расстройств, которые часто сопровождают неврологические заболевания. Сложности диагностики зависят от преобладания в неврологической и соматической практике атипичных, маскированных депрессий, легких или умеренных по степени тяжести, или хронических субклинических ее вариантов, которые объективно трудно распознать [1,2,4,5].

Наиболее распространенными в общемедицинской практике «масками» депрессий являются стойкие идиопатические алгии (по данным Петровой Н.Н., Ванчаковой Н.П., 1996). Хронический болевой синдром, по мнению многих авторов, может локализоваться практически в любой части тела [2]. Часто депрессия лежит в основе формирования ежедневных хронических головных болей, куда входят хроническая мигрень и хронические головные боли напряжения. В этих случаях присоединившаяся депрессия играет решающую роль в трансформации мигрени и эпизодической головной боли напряжения в хронические формы, при которых головная боль становится практически ежедневной.

Депрессия может быть реакцией на выраженный, длительно существующий болевой синдром, присоединяясь к нему, она всегда усугубляет, видоизменяет и приводит к хронификации процесса. С другой стороны, болевой синдром может являться одним из клинических проявлений соматизированной депрессии. Таким образом, депрессия может быть как первичной, так и вторичной по отношению к болевому синдрому. Независимо от порядка возникновения последующее переплетение депрессии и соматического заболевания приводит к порочному кругу, когда в результате одного заболевания, в свою очередь запускается целый ряд патофизиологических процессов, ухудшающих течение другого [7]. «Родственность» боли и депрессии имеет нейротрансмиттерную основу (недостаточность моноаминов и ГАМК, повышенная активность глутамата, нарушение взаимовлияния глутаматергических и моноаминергических систем, нарушение метаболизма Р-субстанции и нейрокининов), что характерно для обоих патологических состояний [3,6,8,9].

Последствия длительно существующих «нелеченных» депрессивных состояний весьма велики: значительное снижение качества жизни пациента, ухудшение течения любых органических неврологических и соматических заболеваний, замедление выздоровления и восстановления неврологических функций, хронификация

депрессивного состояния и возрастание риска суицида. Перспективным направлением является разработка комплексного лечения болевого синдрома, которое позволило бы обеспечить качественную жизнедеятельность пациента.

Целью настоящего исследования явилось изучение применения эсциталопрама (ципра-лекс) при комплексном лечении хронического болевого синдрома.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе неврологического отделения ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России г.Омск. Критерием включения в группу исследования являлось наличие в клинической картине устойчивого болевого синдрома, сопровождающегося тревожно-депрессивной симптоматикой. Исследуемую выборку составили пациенты, проходившие стационарное лечение, а затем продолжавшие амбулаторную терапию на протяжении 6 месяцев (с мая по октябрь 2015г) с диагностированными расстройствами: головная боль напряжения, мигрень, хроническая боль в спине, сопровождающимися тревожно-депрессивными проявлениями. Группу исключения составили пациенты: перенесшие ОНМК, страдающие эпилепсией, с выраженными когнитивными нарушениями. Общее количество пациентов составило 35 человек (100%), средний возраст которых составил $44,5 \pm 12,5$ лет. При проведении исследования применялись следующие методики: стандартное неврологическое обследование, клинко-психопатологический, катamnестический, экспериментально-психологический (личностный опросник Леонгарда-Шмишека, тест HADS и тест PHQ-9) и статистические методы.

Результаты. В ходе исследования было сформировано 2 группы пациентов. В первой группе ($n=13$, 37%) депрессия носила ларвированный характер, алгии были «маской» депрессии. Во второй группе ($n=22$, 63%) расстройства настроения носили вторичный, нозогенный характер.

У пациентов из первой группы в личностном профиле преобладали экзальтированность, тревожность, интроверсия. Для данной категории больных характерным являлось наличие подавляемой раздражительности и агрессии, сдерживание свободного проявления чувств. У обследованных пациентов отмечался стойкий хронический болевой синдром, практически не купируемый приемом анальгетиков: головные боли напряжения ($n=3$; 23 %), мигрень ($n=6$; 46 %), боль в спине ($n=4$; 31%), Особенностью в этой группе было преобладание соматических проявлений при меньшей выраженности тревожных и депрессивных расстройств, отсутствие типичных суточных колебаний настроения. В данной группе у большинства пациентов (в 77% случаев) отмечалась четкая временная связь между воздействием психотравмирующе-

го фактора и развитием атипичного маскированного депрессивного расстройства. У меньшего количества больных (23%) в структуре личности определялся истероидный радикал, у лиц с данными характерологическими особенностями болевые ощущения расценивались как конверсионные реакции. Преобладали следующие защитные механизмы: рационализация, трансформация в психосоматическое расстройство. По результатам теста HADS в начале исследования выявились следующие особенности: субклинически выраженная тревога и депрессия была у 8 человек, клинически выраженная депрессия у 5. По результатам теста PHQ-9 симптомы депрессивного расстройства у 11 человек были на умеренном уровне, у 2 человек - на умеренно-тяжелом уровне. Максимальная выраженность депрессии определялась у пациентов более молодого возраста.

Пациенты с нозогенной депрессией по личностному профилю распределились следующим образом: чаще всего встречалось застревание, педантичность и тревожность. В клинической картине снижение настроения сопровождалось плаксивостью, ангедонией, снижением аппетита, бессонницей. Была характерна стойкая фиксация на внутренних ощущениях, уход в мир собственных переживаний. Такие больные, как правило, принимали множество и длительно обезболивающие лекарства, демонстрировали зависимость от врачей, были склонны к низкому комплаенсу. По нозологиям пациенты распределились следующим образом - головные боли напряжения встречались у 5 человек (23 %); мигрень у 7 человек (32 %); боли в спине у 10 человек (45%). По результатам теста HADS в начале исследования выявились следующие особенности: субклинически выраженное тревожно - депрессивное расстройство наблюдалось у 10 человек, на клиническом уровне - у 12 человек. Шкала PHQ-9 показала, что симптомы депрессивного расстройства у 17 человек были на умеренном уровне, у 2 - на умеренно-тяжелом уровне, у 3 - на легком уровне.

Так как ведущим психопатологическим синдромом в клинической картине был тревожно-депрессивный, к лечению пациентов из обеих групп применялся эсциталопрам в начальной дозе 10мг\сут, лишь у 5 пациентов в последующем доза была увеличена до 20 мг\сутки. Стоит отметить, что положительная динамика в отношении редукции болевой симптоматики наступала раньше, чем сам антидепрессивный эффект, уже в начале 2 недели лечения. В ходе лечения у пациентов уменьшалась фиксация внимания на болевых ощущениях, улучшалось настроение, аппетит, уменьшилась тревожность, впечатлительность, мнительность.

Выбор психофармакотерапевтической стратегии отличался: так пациентам из первой группы, с маскированными депрессивными ре-

акциями, на первом этапе лечения (купирование острого болевого синдрома, бурных аффективных реакций - слезливости, тревоги, истерических реакций, а также бессонницы), помимо эсциталопрама назначались транквилизаторы (как правило, феназепам) коротким 7-10-дневным курсом. Целью анксиолитической терапии являлось не только купирование тревоги и сопутствующих соматовегетативных расстройств, но и так называемое «прикрытие» антидепрессанта, который способен спровоцировать усиление тревоги в первые 7 дней терапии. Для купирования бессонницы назначался малый нейролептик (тералиджен, хлорпротиксен). Пациентам из второй группы чаще всего назначался малый нейролептик (сульпирид, хлопротиксен, тиодазин), который способствовал уменьшению фиксации на болевых ощущениях, сглаживал аффективные колебания, улучшал аппетит. На втором этапе терапии, а также на амбулаторном этапе проводились сеансы индивидуальной психотерапии с применением методик нейролингвистического программирования и гештальт-психотерапии, а также физиотерапия. На этом этапе психофармакотерапия и психотерапия играли взаимодополняющую роль.

Анализ терапевтической динамики показал высокую эффективность лечения при сочетании психофармакотерапии с базисной неврологической терапией. Оценка качества ремиссии, спустя 6 месяцев наблюдения, выявила, что у пациентов с маскированной депрессией при присоединении эсциталопрама полная ремис-

сия наблюдалась у 9 (69,3%), неполная ремиссия у 3 (23%) пациентов, ремиссия отсутствовала у 1 (7,7%) человека. У больных с нозогенной депрессией полная ремиссия была у 16 (72,7%), неполная ремиссия у 4 (18,2%), практически безремиссионное течение у 2 (9,1%) обследованных.

По результатам теста HADS спустя 6 месяцев наблюдения баллы по шкалам тревоги и депрессии пришли в норму у всех исследуемых лиц из первой группы; у двоих человек из группы нозогенной депрессии баллы по шкале депрессии остались на субклиническом уровне, и один человек оказался «резистентен» к данному типу терапии. На исходе наблюдения баллы по шкале PHQ-9 пришли в норму у 10 пациентов из первой группы, у троих симптомы остались на легком уровне, у лиц из группы нозогенных депрессий у одного пациента симптомы остались на умеренном уровне, у одного на легком, у остальных – пришли в норму.

Выводы. Таким образом, у пациентов с хроническим болевым синдромом должна проводиться клинко-психопатологическая оценка состояния с целью выявления депрессии и подбора комплексной терапии. Правильная диагностика и своевременно начатое комплексное лечение с применением современного антидепрессанта эсциталопрама (ципралекс) позволяет уменьшить кратность госпитализаций и значительно улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике МИА. М., 2002.
2. Вознесенская Т.Г., Вейн А.М., Хроническая боль и депрессия. 1998,
3. Дробижев М.Ю., Изнак А.Ф. Нейрональная пластичность – новая мишень в терапии депрессий. М., 2003. 24 с.
4. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов МИА. СПб, 1995.
5. Смуглевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях МИА. М., 2003.
6. Bondy B. Pathophysiology of depression. in Dialogues in clinical neuroscience. 2002 . V. 4. № 1.
7. Ellison et al (Eds). Mood disorders in Later life (2nd edition). Informa Healthcare USA, inc, 2009
8. J-P Macher, M-A Dialogues in clinical neuroscience., Neuroplasticity Ed. Crocq.-2004. VI. 6. № 2
9. Schwarz M.J., M.Ackenheil The role of substance P in depression. in Dialogues in clinical neuroscience. 2002. V. 4. № 1.



Психотерапия и реабилитация

УДК. 616.899

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ НА ДОМУ

Е.В. Чуркина, Е.Ю. Емельянова, Н.В. Александрова, А.Д. Егорова

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

Аннотация. Психосоциальная реабилитация – система психологических, педагогических и профессиональных мер, направленных на восстановление утраченного социального статуса человека (например, социального поведения, общения, взаимодействия), с учетом его потенциала. Специфика работы отделения интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков заключается в том, что необходимая психиатрическая помощь детям оказывается в привычных для них условиях, исключающих проблемы стресса госпитализации и выведения ребенка из знакомой для него среды. Работа отделения ведется как с домашними детьми, так и с детьми, находящимися в детских домах и интернатах, таким образом, дети продолжают обучение в школе, посещают кружки, досуговые мероприятия, соблюдается привычный режим дня.

Ключевые слова. Психосоциальная реабилитация детей и подростков. Работа полипрофессиональной бригады. Психосоциальная реабилитация в ОИОПП (стационар на дому) для детей и подростков.

MAIN DIRECTIONS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS IN CLINIC WITH HOME CARE DEPARTMENT

E.V. Churkina, A.D. Egorova, Alexandrova N.V., E.Y. Emelyanova

Resume. Psychosocial rehabilitation – system of psychological, educational and professional measures to restore the lost social status of human and potential of everyone. During process of psychosocial rehabilitation in clinic with Home Care Department for children necessary psychiatric aid is provided in the usual conditions, free of the stress of hospitalization and removal from usual environment. The Department works with children from families and orphans. Children and adolescents continue schooling, attends leisure activities and keeps their daily routine.

Keywords. Psychosocial rehabilitation of children and adolescents with mental disorders. Work of polyprofessional team. Psychosocial rehabilitation in clinic with home care department.

Психосоциальная реабилитация – система психологических, педагогических и профессиональных мер, направленных на восстановление утраченного социального статуса человека (например, социального поведения, общения, взаимодействия), с учетом его потенциала. В процессе психосоциальной реабилитации осуществляется комплекс мероприятий, позволяющих восстановить или привить социальный опыт самообслуживания, поведения, общения, взаимодействия, профессиональной деятельности человека.

Специфика работы отделения интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков заключается в том, что необходимая психиатрическая помощь детям оказывается в привычных для них условиях, исключающих проблемы стресса госпитализации и выведения ребенка из знакомой для него среды. Работа отделения ведется как с домашними детьми, так и с детьми, находящимися в детских домах и интернатах, таким образом, дети продолжают обучение в школе, посещают кружки, досуговые мероприятия, соблюдается привычный режим дня. Для детей из детских домов выезд осуществляется в места их проживания, то же

делается и по мере необходимости для домашних детей, за отделением закреплена машина с водителем. Немаловажен и тот аспект, что дети находятся под контролем взрослых, которые могут следить за состоянием ребенка и давать отзывы о результатах проводимого лечения. Поскольку специфика психических расстройств заключается в формировании проблем, препятствующих адекватной социализации, деятельность специалиста по социальной работе и сопровождение детей с психическими расстройствами, являются не менее важной составляющей, чем процесс их фармакологического лечения. В работе ОИОПП накоплен опыт реабилитации детей, которые получают лечение в домашних условиях по следующим направлениям:

1) Мероприятия по формированию нарушенных или утраченных социальных навыков. Тренинг проводится один раз в неделю, в течение одного часа, состоит из 10 – 12 занятий. Группы являются гетерогенными по нозологии или личностным качествам. Противопоказанием для включения в группу является: выраженные интеллектуальные снижения, психотическое состояние, декомпенсированные формы возбудимых

личностных расстройств. Группа состоит из 6 – 10 человек. Каждое занятие начинается с упражнения на активацию, затем проводятся психологические игры и упражнения, направленные на разные стороны коммуникации (знакомство, сплочение, урегулирование конфликтов). Завершается занятие групповым обсуждением и ритуалом прощания.

2) Занятия с элементами арт-терапии. Творчество помогает устранить поведенческие расстройства, способствует раскрытию ресурсов личности, вызывает позитивный эмоциональный всплеск. В занятиях используется работа с различными изобразительными материалами: карандашами, красками, фломастерами. Используется лепка из глины, пластилина, изготовление поделок.

3) С детьми дошкольного возраста и младшего школьного возраста методом выбора являются игровые, психокоррекционные занятия, как директивной, так и недирективной направленности, в которой дети отыгрывают ситуации, вызывающие социальные стрессы.

4) Очень значимым является тренинг социально-бытовых навыков. Цель – развитие навыков независимой жизни в обществе, в том числе самообслуживания, домоводства, навыков повседневной жизни. На таких занятиях детей обучают, как правильно чистить зубы, аккуратно кушать, выполнять несложные домашние дела, ходить в магазин. Одни из таких занятий проводятся в игровой, а другие – в практической форме.

5) Еще одним направлением социальной работы является нормализация микросоциального окружения ребенка. Эффективной формой такой деятельности являются различные варианты работы специалиста с семьей. Проводится семейное консультирование, тренинги детско-родительских отношений, используются элементы семейной психотерапии.

6) Следующим важным направлением работы, является социализация детей, для которых работа в группе противопоказана. С такими детьми проводятся занятия в индивидуальной форме. Методы коррекции подбираются для каждого ребенка с учетом особенностей развития, уровня интеллекта, нозологической формы и степени

приемлемости данной методики для семейного окружения. Используется игровая терапия, творческие занятия (также, как и в группе), рациональная психотерапия и другие коррекционные методы.

Таким образом, социальная работа по реабилитации детей, находящиеся в ОИОПП для детей и подростков используется в 3 основных направлениях:

- различные виды групповой работы;
- работа с семьей;
- индивидуальные занятия.

В ряде случаев используется комбинация этих методов на разных этапах реабилитационной работы.

Врачи отделения активно включаются в психосоциальную работу с детьми и их родителями, ведь родственникам, ребенок которых страдает психическим заболеванием, часто требуется разъяснение не только по диагнозу, но и по тому, как грамотно общаться с детьми, повышать их адаптацию, способствовать развитию и социализации. Цель – информационная поддержка, формирование партнерских отношений с медицинским персоналом. Предоставляются знания о психических заболеваниях и их лечении в форме бесед и лекций, проводятся обсуждения особенностей общения с психически больным членом семьи, а также ознакомление с современной системой психиатрической, социальной и правовой помощи.

Отдельно можно выделить работу с детьми-инвалидами и оказание правовой и документальной поддержки, поддержание контактов с бюро МСЭ.

Следует отметить, что т.к. в отделении работает полипрофессиональная бригада, на всех этапах психосоциальной реабилитации в работе с детьми задействованы врачи-психиатры, психотерапевт, логопед, психолог, которые активно оказывают помощь ребенку и консультируют родителей или воспитателей в течение всего времени пребывания в стационаре на дому. Такой комплексный подход к лечению способствует достижению значительных результатов не только в терапии ребенка, но и в его адаптации в социальной среде.

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и реабилитации психически больных. – М.: Медпрактика, М, 2002г.– С.179-180.
2. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Выпуск № 4, том 18.
3. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб, 1998. – 256 с.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА В КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

И. С. Чусов

Бюджетное Учреждение Здравоохранения Омской области

«Городской клинический перинатальный центр», Отделение охраны репродуктивного здоровья

Аннотация. Проблема бесплодия в нашей стране в последние годы приобрела особую значимость. Женщины, страдающие бесплодием, испытывают длительный психологический стресс. Психологическое состояние, обусловленное бесплодием, влияет в свою очередь, на результаты лечения бесплодия. Важно корректировать эмоциональные и сексуальные нарушения уже в начале лечения. Для психологической коррекции эмоционального состояния женщин могут быть использованы методы психической саморегуляции. Нами проведено исследование влияния аутогенной тренировки на эмоциональное состояние женщин с бесплодием.

Ключевые слова. Бесплодие, психическая саморегуляция, аутогенная тренировка, коррекция эмоционального состояния.

AUTOGENIC TRAINING IN CORRECTION OF THE EMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH INFERTILITY

Chusov I.S.

Resume. The problem of barrenness in our country in recent years has got the special importance. The women, suffering barrenness, test long psychological stress. The psychological condition caused by barrenness, influences in turn, results of treatment of barrenness. It is important to correct emotional and sexual infringements already in the beginning of treatment. For psychological correction of an emotional condition of women methods of mental self-control can be used. By us it is carried out research of influence autogenic trainings on an emotional status of women with barrenness.

Keywords. Barrenness, mental self-control, autogenic training, correction of the emotional status.

Актуальность проблемы. Проблема бесплодия в нашей стране в последние годы приобретает особую медицинскую и социальную значимость. По мнению Л.В. Анохина и соавт. (1998) социально-психологическое неблагополучие проявляется снижением интереса к происходящим событиям и частым развитием комплекса неполноценности. Для лиц, страдающих бесплодием характерны душевные личные переживания, снижение общей активности и работоспособности. При бесплодии в браке могут наблюдаться огрубление нравов, антисоциальное поведение супругов (внебрачные связи, алкоголизм), усугубление эгоистических черт характера, нарушение психоэмоциональной сферы и сексуальные расстройства у супругов [1].

Среди женщин, страдающих бесплодием, отмечается повышенная невротизация, чувство вины, тревога, раздражительность, плохое настроение. Бесплодный брак, в первую очередь, фрустрирует потребность человека в любви и продолжении рода. При этом усиливается и потребность человека в заботе о ребенке и ответственность за его воспитание. Наблюдаемый при бесплодии длительный психологический стресс может не только усугублять имеющиеся нарушения в репродуктивной системе, но и приводить к возникновению или утяжелению сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, в особенности сердечнососудистых и обменноэндокринных. Длительное бесплодие создает большую нервно-психическую напряженность, что часто приводит к разводам.

До 70 % бесплодных браков расторгается. Усугубляется неблагоприятная демографическая ситуация в стране в целом.

В последние годы интерес к проблеме психологических факторов при бесплодии возрос. Влияние психологического состояния, обусловленного бесплодием, на результат лечения признается практически всеми исследователями. Эмоциональная реакция на бесплодие независимо от того женское оно или мужское, сильнее выражена у женщин. Специальных психотерапевтических методов при лечении бесплодия не существует, а имеющиеся данные в основном касаются проблемы коррекции психических нарушений, вторичных по отношению к бесплодию. Отмечено, что благодаря чуткому и внимательному отношению к психологическому состоянию пациентов, беременность может наступить уже в начале обследования и лечения, и объясняется плацебо-эффектом. Признано влияние вторичных эмоциональных нарушений, возникающих в результате длительного бесплодия, на эффективность лечения и необходимость их коррекции. Т.А. Федорова (1986) подчеркивает надобность коррекции эмоциональных и сексуальных нарушений в начале лечения, так как они могут являться одним из факторов бесплодия [2]. В психологической коррекции эмоционального состояния женщин свое достойное место могут занять методы психической саморегуляции и, в частности, аутогенная тренировка.

Цель исследования. Изучение влияния аутогенной тренировки на эмоциональное состояние женщин.

Объект исследования. Эмоциональное состояние 60 женщин первого периода среднего возраста с бесплодием.

Предмет исследования. Аутогенная тренировка и ее роль в коррекции эмоционального состояния женщин.

Методы исследования. Теоретические: анализ, синтез, классификация, систематизация; эмпирические: контрольный и формирующий эксперимент, тестирование («Шкала самооценки личностной тревожности» Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л.Ханина; Тест-опросник «Диагностика самооценки психических состояний» Г. Айзенка); методы статистической обработки: количественный анализ, качественный анализ с применением t-критерия Стьюдента. База исследования: Отделение охраны репродуктивного здоровья Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Городской клинический перинатальный центр». Практическая значимость исследования: возможность внедрения аутогенной тренировки как метода коррекции эмоционального состояния женщин с бесплодием. Из множества методов психической саморегуляции был сделан выбор в пользу аутогенной тренировки, и изучение влияния аутогенной тренировки на эмоциональное состояние женщин с бесплодием стало целью предпринятого исследования, поскольку овладение приемами АТ оказывает два главных эффекта: снятие эмоциональной напряженности (успокоение) и восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия (восстановление) [3]. Эти эффекты обуславливают целесообразность использования АТ в широком спектре жизненных ситуаций: переутомление, неврастенические расстройства, психогенно обусловленная эмоциональная напряженность и пр. Это важно и для женщин, проходящих обследование и лечение по поводу бесплодия, так как эмоциональные нарушения могут являться одним из факторов бесплодия, а бесплодие может быть источником вторичных эмоциональных расстройств, влияющих на эффективность лечения.

Успокоение, снятие эмоционального напряжения и тревоги и восстановление обеспечивается постепенным формированием у человека способности произвольно вызывать у себя релаксационное состояние и использованием самовнушения. Немаловажно и то, что аутогенная тренировка как активный метод психотерапии и психопрофилактики способствует формированию активного отношения пациентов к процессу лечения. Для исследования психических эмоциональных состояний

личности и уровня личностной тревожности в качестве метода исследования был выбран метод формирующего эксперимента - метод отслеживания изменений психики в процессе активного воздействия исследователя на испытуемого. По целям различают констатирующий и формирующий эксперименты. Цель констатирующего эксперимента - измерение наличного уровня развития. Таким образом, получается первичный материал для организации формирующего эксперимента. Методом простой свободной бесповторной выборки из числа пациенток Отделения охраны репродуктивного здоровья, проходящих обследование и лечение по поводу бесплодия (по данным амбулаторных карт) были отобраны 60 человек, из них методом случайного распределения были сформированы две группы – экспериментальная и контрольная – по 30 человек в каждой. В состав каждой группы вошли женщины первого периода среднего возраста, различных профессий. Большинство из участников отмечали у себя повышенную раздражительность, тревожность, быстрое утомление. Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. У каждого человека существует свой оптимальный или желаемый уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Личности, относимые к категории высокотреховных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния

тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа. Методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность как личностное свойство, и как состояние является выбранная нами методика Ч.Д. Спилбергера. На русском языке его шкала была адаптирована Ю.Л. Ханиным. Существует большое количество разнообразных методик для самооценки психических состояний. Наибольшей популярностью пользуется личностный опросник Г. Айзенка. Тест-опросник «Самооценка психических состояний» состоит из 4 разделов. Ответив на содержащиеся в них вопросы, можно оценить состояния тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности [4].

Результаты и их обсуждение

На первом этапе программы исследования был проведен первичный констатирующий эксперимент. Со всеми участниками эксперимента проведен инструктаж по работе с тестами. Тестирование проводилось при нормальном уровне освещенности и температурном режиме, без постороннего шума, как в индивидуальном, так и в групповом режиме. Проведен количественный анализ полученных данных контрольной и экспериментальной групп. В экспериментальной группе высокий уровень личностной тревожности (по Ч. Спилбергеру) показало 9 человек (30%), средний - 13 человек (43,33%), низкий - 8 человек (26,66%). Высокий уровень личностной тревожности по Г. Айзенку был у 8 человек (26,66%), средний - у 14 человек (46,66%), низкий - у 8 человек (26,66%). Высокий уровень фрустрации по Г. Айзенку показали 10 человек (33,33%), средний - 13 человек (43,33 %), низкий - 7 человек (23,33%). Высокий уровень агрессивности по Г. Айзенку определен у 7 человек (23,33%), средний - у 13 человек (43,33%), низкий - у 10 человек (33,33%). В контрольной группе высокий уровень личностной тревожности (по Ч. Спилбергеру) показало 9 человек (30%), средний - 12 человек (40%), низкий - 9 человек (30%). Высокий уровень личностной тревожности по Г. Айзенку выявлен у 8 человек (26,7%), средний - у 13 чел. (43,3%), низкий - у 9 чел. (30%). Высокий уровень фрустрации по Г. Айзенку определен у 9 человек (30 %), средний уровень - у 14 человек (46,7%), низкий уровень - у 7 человек (23,3%). Высокий уровень агрессивности по Г. Айзенку определен у 8 человек (26,7%), средний уровень у 12 человек (40%), низкий уровень у 10 человек (33,3%). Испытуемые обеих групп, показавшие высокий уровень личностной тревожности по Ч. Спилбергеру, так же показали высокий уровень тревожности по Г. Айзенку. При этом выявлено, что у лиц с высокой тревожностью высокими являются показатели по шкалам фрустрации и агрессивности.

Качественный анализ результатов. Для оценки статистической значимости разности показателей экспериментальной и контрольной групп констатирующего эксперимента использовались методы математической обработки статистических данных, в частности, использовался t-критерий Стьюдента - метод статистической проверки гипотез (статистических критериев), основанных на сравнениях с распределением Стьюдента. Наиболее частые случаи применения t-критерия связаны с проверкой равенства средних значений в двух выборках. Расчеты производились при помощи вложенного пакета статистической обработки данных программного пакета Microsoft Excel 9.0. Критерий Стьюдента определил как статистически незначимые различия между показателями экспериментальной и контрольной групп по шкале личностной тревожности Спилбергера, шкалам тревожности, фрустрации и агрессивности Айзенка в констатирующем эксперименте, т. е. группы признаются эквивалентными.

На втором этапе участникам экспериментальной группы было предложено проведение 20 занятий по аутогенной тренировке с использованием методики М.С. Лебединского и Т.Л. Бортник (модифицированная методика Шульца, позволяющая сократить срок лечения до 20 дней) и Г.С. Беляева (модифицированная методика, рассчитанная на коллективно-индивидуальный метод). Участникам контрольной группы занятия по аутогенной тренировке не предлагались. Занятия аутогенной тренировкой проводились ежедневно в течение часа. Участники получали задания повторять упражнения самостоятельно дважды в день с целью закрепления навыков АТ.

На третьем этапе проведено контрольное исследование экспериментальной группы после проведенной аутогенной тренировки: высокий уровень личностной тревожности (по Ч. Спилбергеру) показало 3 человека (10%), средний - 11 человек (36,7%), низкий уровень - 16 человек (53,3%). Высокий уровень личностной тревожности по Г. Айзенку выявлен у 2 человек (6,7%), средний - у 13 человек (43,3%), низкий - у 15 человек (50%). Высокий уровень фрустрации по Г. Айзенку показали 2 человека (6,7 %), средний - 11 человек (36,7 %), низкий - 17 человек (56,6%). Высокий уровень агрессивности по Г. Айзенку выявлен у 3 человек (10%), средний - у 7 человек (23,3%), низкий - у 20 человек (66,7%). Исследование показало уменьшение количества испытуемых с высоким уровнем личностной тревожности как по Ч. Спилбергеру, так и по Г. Айзенку. При этом количество испытуемых с высоким уровнем фрустрации и агрессивности также уменьшилось. В то же самое время значительно увеличилось количество испытуемых, показавших низкий уровень тревожности по обоим тестам, а также низкий уровень

фрустрации и агрессивности. Количество испытуемых со средним уровнем личностной тревожности по обоим тестам, а также со средним уровнем фрустрации и агрессивности несколько уменьшилось. Исследование контрольной группы на третьем этапе: высокий уровень личностной тревожности (по Ч. Спилбергеру) показало 9 человек (30%), средний - 12 человек (40%), низкий - 9 человек (30%). Высокий уровень личностной тревожности по Г. Айзенку выявлен у 8 человек (26,66%), средний - у 13 человек (43,33%), низкий - у 9 человек (30%). Высокий уровень фрустрации по Г. Айзенку показали 9 человек (30 %), средний - 14 человек (46,66 %), низкий - 7 человек (23,33%). Высокий уровень агрессивности по Г. Айзенку обнаружили 8 человек (26,66%), средний - 12 человек (40%), низкий - 10 человек (33,33%). Исследование контрольной группы показало, что уровень личностной тревожности по тестам Ч. Спилбергера и Г. Айзенка, а также уровень фрустрации и агрессивности у участников эксперимента остался прежним.

Количественный анализ результатов.

Критерий Стьюдента определил как статистически значимые различия между показателями экспериментальной и контрольной групп в последнем исследовании формирующего эксперимента по высокому и низкому уровню тревожности шкалы личностной тревожности Спилбергера и шкалы Айзенка, а также высокому и низкому уровню фрустрации и агрессивности шкалы Айзенка. Различия между показателями по среднему уровню тревожности шкалы Спилбергера и по среднему уровню агрессивности шкалы Айзенка находятся в зоне неопределенности. Различия между показателями по среднему уровню тревожности шкалы Айзенка и среднему уровню фрустрации являются статистически незначимыми.

Обнаруженные различия свидетельствуют о достоверном (статистически значимом) сни-

жении высокого уровня личностной тревожности, фрустрации и агрессивности после применения аутогенной тренировки. Увеличение низкого уровня тревожности, агрессивности и фрустрации не следует понимать как отрицательный результат действия аутогенной тренировки, поскольку аутогенная тренировка направлена на нормализацию эмоционального уровня личности. Личность может находиться на завышенном эмоциональном уровне, что говорит о необходимости понижения этого уровня. Но эмоциональный уровень может быть и снижен, т.е. торможение реакций, слабая восприимчивость, замкнутость и прочее. В этом случае аутогенная тренировка способствует поднятию ослабленного уровня эмоционального состояния и доведение его до среднего, нормального для этой личности состояния. Нормализующее влияние аутогенной тренировки подтверждается незначимыми изменениями среднего уровня тревожности, фрустрации и агрессии.

Выводы

Данные, полученные в результате проведенного исследования, достоверно показали, что аутогенная тренировка в значительной степени положительно влияет на общее психическое состояние личности и на его отдельные показатели, способствуя снижению высокого уровня тревожности, фрустрации, агрессивности. Практическая ценность проведенного исследования и эксперимента заключается в том, что методика аутогенной тренировки может использоваться как метод коррекции эмоционального состояния женщин с бесплодием, введена в практику и применяется психотерапевтом Отделения охраны репродуктивного здоровья БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр».

Литература

1. Анохин Л.В. Бесплодие в браке / Л.В.Анохин, О.Е. Коновалов Рязань, 1995. - 128 с.
2. Фёдорова Т.А. Клиника, диагностика и лечение «необъяснимого» бесплодия у женщин: Автореф. дис. канд. мед. наук. -М., 1986. - 23 с.
3. Теория и практика аутогенной тренировки / Под. ред. В.С.Лобзина.-М.: Медицина, 1980.- 165с.
4. Психология личности. Тесты, опросники, методики /Авт. составители Н.В.Киршева, Н.В.Рябчикова.-М.: Геликон, 1995. - 236 с.
5. Катыгин, Ю.А., Умнов, В.П. Связь тревожности как свойства личности с некоторыми психофизиологическими характеристиками / Ю.А. Катыгин, В.П. Умнов // Психофизиология. - Л, 1979, С.46-49

Клиническая психология

УДК: 159.942.5

МОДЕЛИРОВАНИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ НА УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЯХ

Шилова И.М.

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

Аннотация. В статье рассматриваются основные характеристики экстремальных ситуаций, методические приемы и пути моделирования экстремальных ситуаций за счет приближения внешних условий занятий к реальным, а также воспроизводства на занятиях психических процессов и состояний, которые могут возникнуть в экстремальных ситуациях

Ключевые слова. моделирование, экстремальная ситуация, мотивационная и познавательная активность, эмоциональные состояния, волевые проявления

SIMULATION OF EXTREME SITUATIONS IN THE CLASSROOM

Shilova I. M.

Resume. The article discusses the main characteristics of extreme situations, methods and ways of modeling extreme situations by bringing external conditions to real practice, as well as the reproduction of the classes of mental processes and States that can occur in extreme situations

Keywords. Modeling, extreme situation, motivational and cognitive activity, emotional state, volitional existence

Практика жизнедеятельности показывает, что не всегда человек, владея знаниями и опытом поведения и деятельности, может реализовать их в конкретной ситуации.

Ситуация всегда личностно опосредована, а поведение личности имеет ситуативные признаки. Поведение и реакции человека не задаются однозначно объективными характеристиками ситуации, не являются фатально обусловленными ими, не навязывают человеку послушно-пассивную роль. Последнее слово, по мнению И.В. Муравова [2], принадлежит комплексу присущих конкретной личности и устойчиво сформированных у нее свойств, качеств, привычек, знаний, умений, навыков, подготовленности к жизни, деятельности и встрече с экстремальными ситуациями. Вся совокупность этих психолого-педагогических феноменов определяет подготовленность личности к встрече с различными объективными и субъективными трудностями и к преодолению их. Поэтому экстремальность – показатель особого состояния системы «человек в ситуации» (а не просто окружающей обстановки), изменяющейся в определенном диапазоне в зависимости от степени подготовленности и выбора поведения самим человеком [3,5].

Экстремальные ситуации представляют собой крайнее проявление трудных ситуаций, требуют максимального напряжения психических и физических сил для выхода из них.

В настоящее время установлено, что воздействие экстремальной ситуации может иметь три формы проявления. Первая форма поведения находит свое выражение в так называемых

импульсивных, преждевременных и несвоевременных действиях. Дезорганизация поведения может выражаться в утрате ранее выработанных навыков, в неиспользовании прошлого опыта, в торопливости и в сумбурности поведения. Вторая форма поведения, как правило, характеризуется замедленностью действий вплоть до психического ступора (оцепенения). Третья форма поведения выражается в целесообразной активности, четком восприятии и осмысливании появившихся осложнений, правильной их оценке, повышении самоконтроля, совершении адекватных ситуации действий. Вместе с тем, считается, что конкретный человек имеет уникальный личный опыт, который не может быть сведен к универсальным правилам и поэтому восстановление аутентичности личности после острого реагирования на экстремальную ситуацию достигается за счет глубокой рефлексии.

Одним из эффективных методов экстремальной подготовки, по мнению А.М. Столяренко [4], является учебное моделирование экстремальных ситуаций. К нему относится словесно-образное моделирование (словесное описание обстановки с образным представлением его обучаемыми); фактическое моделирование, имитация (создание экстремальных ситуаций применением специальных средств и приемов); психологическое моделирование экстремальных трудностей (вызов у обучаемых особенностей мыслительных, эмоциональных, волевых процессов, характерных для экстремальных ситуаций); моделирование сопротивления, проигрывание ситуаций, моделирование нагрузок и

напряжений (моральных, психологических, физических) и др.

Значимы и характерны методические приемы учебного моделирования экстремальных ситуаций: создание внешней картины экстремальной обстановки, моделирование умственных, эмоциональных, мотивационных трудностей, противодействия, риска и опасности, усложнения наблюдения (надевание полупрозрачной темной повязки на глаза), имитация отдельных факторов, изменение условий, моделирование неудач и др.

Моделирование экстремальных ситуаций, их обстановки и условий играют важнейшую роль в эффективности экстремальной подготовки обучающихся. Смоделировать их – значит воспроизвести на занятиях максимально правдоподобно то, что будет, когда экстремальная ситуация возникнет фактически [1, 4].

Существуют два основных и взаимосвязанных пути моделирования экстремальных ситуаций на занятиях. Первый путь – приближении внешних условий занятий к реальным, т.е. воспроизводство внешней картины («лица») экстремальных ситуаций. Это позволяет обучающимся при нахождении на занятиях ощущать себя участниками реальных событий. Внешняя картина учебной обстановки, похожая на реальную, создается выбором трудных условий места, времени, освещенности, имитацией предметов, явлений, фактов, свойственных экстремальным ситуациям, постановкой препятствий, созданием помех и др. Второй путь – приближение внутренних условий, т.е. воспроизводство на занятиях психических процессов и состояний, которые могут быть у них в экстремальных ситуациях (воспроизводство «души» экстремальных ситуаций). В данном случае необходимо целенаправленное моделирование психических процессов, состояний и трудностей: мотивационных, познавательных, эмоциональных, волевых.

Мотивационная активность и трудности моделируются созданием обстановки, диктующей необходимость подчинения обучающимися сиюминутных интересов долговременным, конечным, коллективным; использованием заданий, придающих обстановке конкурентный, соревновательный характер.

Познавательная активность и трудности создаются постановкой задач на идентификацию, осмысление воспринимаемого и его мало-заметных, но существенных деталей; созданием обстановки перегрузки или нехватки информа-

ции для понимания происходящего и принятия решений и др.

Эмоциональные состояния и трудности вызываются у обучающихся моделированием ситуаций риска, опасности, неизвестности, новизны; лимитированием времени на выполнение заданий и быстрым темпом действий; присутствием посторонних наблюдателей и пр.

Волевые проявления и трудности моделируются увеличением трудностей, порождающих неудачи при первой попытке их преодоления; умышленным отказом в помощи обучающемуся в отдельных трудных учебных ситуациях и побуждением самостоятельно добиться результата; имитацией помех, усложняющих выполнение действий.

Признается, что моделирование экстремальных ситуаций успешно, если для этого используются во взаимосвязи и в необходимых пропорциях два пути. Моделируя и усложняя учебную обстановку, надо быть последовательным, двигаясь от простого к сложному.

На факультете психологии и педагогики в рамках межфакультетского курса читается курс по выбору «Психология поведения и деятельности личности в экстремальных ситуациях», а также курс по выбору «Тренинг эффективного поведения трудных подростков в стихийных группах (на примере толпы)».

Особое внимание отводится примерам, в которых отражено грамотное поведение человека в экстремальной ситуации, игровым имитационным занятиям, методу анализа конкретной ситуации, тренингам и моделированию экстремальных ситуаций, которые позволяют достигать основных психологических результатов обучения. При моделировании экстремальных ситуаций нами используется в большей степени второй путь, а именно - приближение внутренних условий, т.е. воспроизводство на занятиях психических процессов и состояний, которые могут быть у студентов в экстремальных ситуациях, по возможности - приближаем внешние условия занятий к реальным.

Таким образом, системное изучение наиболее вероятных экстремальных ситуаций, их особенностей и возможных последствий, обучение поведению в таких условиях призвано подготовить человека к выбору правильного решения для выхода из сложных ситуаций с наименьшими потерями. Такая подготовка, по мнению ученых, должна носить непрерывный характер на всех этапах жизнедеятельности человека [2].

Литература

1. Заплаткин А. Стрессовые ситуации /А.Заплаткин// ОБЖ -2000. - №8. – С.11-14.
2. Муравов И.В. Возможности организма человека /И.В.Муравов. – М.: Знание, 1998. – 91с.
3. Стивелл А. Техника выживания в экстремальных условиях /А.Стивелл. – Пер.с англ. Н.Григорьевой. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2001. – 353 с.
4. Столяренко А.П. Экспериментальная психопедагогика /А.П.Столяренко. – М.: ЮИТИ, 20002. – 184 с.
5. Шаповаленко В.С. Экстремальная ситуация как обучающая система / В.С.Шаповаленко //ОБЖ. – 2002. - №7. – С.14-19.

Сестринское дело в психиатрии

УДК 616.89

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Т.А. Воронкова

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

Аннотация. В работе раскрываются технологии сестринского психиатрического сервиса при пограничных психических расстройствах. Активизация сестринского звена психосоциальной реабилитации позволила снизить стигму у данной нозологической группы, существенно повысить формальные показатели качества жизни и социального функционирования, улучшить клинические характеристики, снизить уровень госпитализации. Разработка системы повышения информированности всех участников социальной практики в отношении пограничной психиатрии может стать реальным фактором профилактики психической патологии.

Ключевые слова. Сестринская помощь в психиатрии.

NURSING CARE IN REHABILITATION NON-PSYCHOTIC AFFECTIVE DISORDERS IN WOMEN OF WORKING AGE

Voronkova T.A.

Resume. In the technology disclosed psychiatric nursing service with borderline mental disorders. Activation of psychosocial rehabilitation nursing care possible to reduce the stigma in this nosological group, significantly enhance formal indicators of quality of life and social functioning, improve clinical performance, reduce hospitalization rates. Development of the system of raising awareness of all participants in the social practices with regard to the border of psychiatry can be a real factor in the prevention of mental disorders.

Keywords. Nursing care in psychiatry.

Актуальность исследования. Рост пограничной психической патологии делает всё более актуальным вопрос организации оказания психиатрической и психотерапевтической помощи населению. Концепция социально-стрессовых и психосоматических расстройств расширила область пограничной психиатрии до новых границ, и значительная часть населения может быть признана потенциально нуждающейся в специализированной помощи. В данной ситуации встаёт вопрос об изыскании новых возможностей оказания помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами и оптимизации ресурсов.

Доминирующей задачей психотерапии в общественно ориентированной психиатрии становится раннее выявление и активная терапия на начальных этапах непсихотических психических расстройств (НППР) для предотвращения их хронизации, уменьшения трудопотерь, инвалидизации и повышение качества жизни профильного контингента.

Цель: разработка технологий сестринского психиатрического сервиса психосоциальной реабилитации лиц с НППР.

Дизайн исследования. Сестринское исследование проводилось на базе БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» в психотерапевтическом амбулаторном отделении с декабря 2014 года по

июнь 2015 года. В состав исследовательской группы вошли заведующий отделением, врачи-психотерапевты, медицинский психолог, медицинские сестры психотерапевтического амбулаторного отделения. Координацию осуществляла Главная медицинская сестра клиники. Исследование включало пять этапов:

1 этап - Разработка технологий сестринского психиатрического сервиса психосоциальной реабилитации пациентов, и обучение медицинских сестер данным технологиям. Обучение прошло пять медицинских сестер.

2 - этап - Формирование исследовательской группы и группы сравнения из пациентов Психотерапевтического амбулаторного отделения БУЗОО «КПБ им.Н.Н.Солодников».

В исследовании приняли участие 81 респондентки. В качестве целевой группы нами рассмотрены женщины трудоспособного возраста, со стажем работы не менее 5 лет как наиболее демографически представленная группа контингента НППР.

Пациентки были поделены на две группы:

1 группа - Основная группа включала в себя 64 женщины, страдающих различными формами НППР (шифры F4, частично F3 и F0 по МКБ-10) в возрасте 34-55 лет, в которой применялись разработанные нами технологии психосоциальной реабилитации.

2 группа включала в себя 17 женщин аналогичной возрастной и нозологической структуры; здесь технологии психиатрического сервиса не применялись в связи субъективными (ориентировка только на медикаментозное лечение, негативное отношение к психиатрической помощи) и объективными причинами (наличие маленьких детей, домашних животных и проблемных родственников, негативное отношение в семье, отдаленное проживание, напряженный рабочий график и пр.).

3 – этап - Клинико-динамическое наблюдение в течении минимум 6 месяцев. Данный временной интервал взят нами как минимальный срок противорецидивного лечения при непсихотических аффективных расстройствах.

В ходе исследования мы оценивали следующие параметры: клинико-динамическая оценка актуального состояния пациенток, приверженность лечению, частота контрольных посещений клиники, вовлеченность ближайшего социального окружения в лечебно-реабилитационный процесс, качество жизни и социальное функционирование.

4-этап - Динамическая оценка параметров качества жизни и социального функционирования. Мы использовали "Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни", разработанный И.Я. Гуровичем и А.Б. Шмуклером (1998), который был адаптирован для пациенток данного контингента.

5 этап - Оценка результатов, их статистическая обработка, интерпретация и разработка тематических рекомендаций.

Теперь рассмотрим более подробнее каждый этап исследования.

Сестринские технологии психиатрического сервиса включали в себя следующее:

1. Обучение медицинских сестер сестринской диагностике донозологических признаков пограничных эмоциональных расстройств, в частности – склонности к тревожным реакциям, угнетенного настроения, избыточной озабоченности своим физическим и психическим здоровьем, оценка физиологических предикторов тревожно-депрессивных расстройств, таких как мерцающие нарушения сна, нарушения аппетита, астения, транзиторные вегетативные расстройства – колебания артериального давления, пульса, дермографизм, преходящие нарушения функций ЖКТ.

2. При сборе сестринского анамнеза при каждом визите участницы нашего исследования делали акцент на сложных психосоциальных ситуациях, среди которых существенное значение имели семейные проблемы, колебания социально-экономического статуса, бытовые и профессиональные неурядицы, психосоциальные кризисы – "кризис середины жизни", "пенсионное банкротство", "синдром разоренного гнезда", и т.д.

3. Медицинские сестры принимали непосредственное участие в индивидуальных (психообразование, индивидуальная рациональная психотерапия, инструментальная поддержка), семейных (семейное консультирование) и групповых («Школа психического здоровья») формах реабилитации пациенток. На данном этапе была разработана и внедрена «Школа психического здоровья для пациентов пограничного профиля», в которой важная роль отводится медицинской сестре.

4. Дистанционные формы поддерживающей психотерапии (телефонное консультирование, которое проводят медицинские сестры).

5. Также были разработаны и внедрены коммуникативные тренинги: «Позитивный настрой на будущее», «Женское счастье», «Способы нормализации семейной обстановки».

6. С пациентками проводилось психообразование по таким направлениям, как «Жизнь с депрессией», «Соматические маски депрессии и тревоги», «Жизненные кризисы», тренинги: «Антидепрессанты, их роль в лечении депрессии», «Фармакологические способы лечения тревоги».

7. Психообразование с родственникам. Разработаны и реализованы тренинги «Возрастные кризисы женщин», «Семейные проблемы и их решение», «Медикаменты и семейный стиль».

Результаты и обсуждение

В ходе шестимесячного исследования нами были получены результаты, которые демонстрируют необходимость включения сестринских технологий в комплексное лечение изучаемых расстройств. В частности:

1. В исследовательской группе в период наблюдения повторные обращения к врачу в связи с ухудшением психического состояния наблюдалась в основной группе у 37 человек (57,8%) и 8 человек (47,1%) в контрольной группе. Мы связываем это с более определенными установками на систематический прием медикаментов и возможность принятия незамедлительных решений, возникающих в результате семейных и социальных проблем. Кроме того в основной группе пациентки приобретали своеобразную «медицинскую культуру», они более упорядоченно обращались к врачам общей практики с реальными соматическими заболеваниями, а не в связи с ипохондрическими переживаниями.

2. Повторные обращения, потребовавшие госпитализации в психиатрическую больницу, отмечались у 6 пациенток (9,3%) основной группы, и у 2 пациенток контрольной группы (11,8%). Мы связываем это с возможностью пациентов на ранних этапах предотвращать обострение психических заболеваний, их высокой информированностью в этих вопросах. В некоторых случаях пациентки до обращения в

клинику звонили медицинским сестрам и делились с ними своими болезненными переживаниями и мотивировались к необходимости обращения в амбулаторную службу.

3. Следует отметить более высокий уровень приверженности к лечению у пациентов основной группы. Значение по этому признаку составило $1,16 \pm 0,10$ баллов в основной группе, в контрольной $2,25 \pm 0,17$ балла. В контрольной группе пациентки были склонны к тому, чтобы снижать дозу препаратов, заменять их дженериками, они активно изучали инструкции к лекарственным препаратам, искали побочные действия лекарств. Были склонны к использованию сомнительных «методов лечения» типа «народных средств», «целительства», «энергоинформационной терапии» и пр. В основной группе пациентки получали достоверную проверенную информацию и вовремя решали возникающие вопросы по лечению. Поведение пациенток менялось: они более осторожно относились к психотравмирующим обстоятельствам, в 3 случаях в основной группе пациентки расстались с алкоголизирующимися сожителями, из них двое установили новые отношения. Пациентки отвергали роль жертвы, решительно и аутентично занимались вопросами создания благоприятной психологической обстановки.

4. Число противопоказанных во время лечения алкогольных эпизодов установлено у 54 пациенток (0,9 на 1 респондентку) основной группы, тогда как в контрольной группе данный показатель почти втрое больше – 14 пациенток (2,7 на 1 респондентку). Случаев brutального пьянства не наблюдалось в обеих группах. Четверо пациенток основной группы бросили курить сигареты.

5. Обращает на себя внимание тенденция к тому, что пациентки основной группы чувствуют себя менее стигматизированными и чаще советуют родственникам и соседям обращаться в психиатрическую больницу по сходным и прочим клинко-социальным ситуациям. Так в 12 случаях пациентки основной группы сами приводили родственников, тогда как в контрольной группе этого не наблюдалось. Однако отметим, что у 6 пациенток контрольной группы актуализировались рентные психологические установки. Они обращались к врачам и, особенно, к медсестрам по малейшему поводу, иногда принимая роль беззащитной жертвы. Самостоятельно увеличивали дозы принимаемых препаратов, активно стремились к госпитализации в психиатрическую клинику без соответствующих показаний. Данное обстоятельство следует учитывать при проведении психосоциальной реабилитации в тематической группе.

6. В ходе групповой психотерапии пациентки с НППР активно обсуждали вопросы клиники

и лечения основного заболевания, тогда как проблемы в личной жизни нередко вызывали у них крайне негативную реакцию и стремление покинуть группу. Особенно это касалось взаимоотношений между замужними пациентками и теми, у кого не было полового партнера и /или детей. В силу этой конфронтации наша попытка создать своеобразный "Женский клуб", где выздоравливающие больные депрессией могли бы решать проблемы в личных взаимоотношениях или привлекать потенциальных партнеров, закончилась неудачей.

7. При оценке стандартизированных показателей качества жизни нами установлено следующее:

- оценка своего психического здоровья: $1,05 \pm 0,15$ баллов в основной группе и $2,07 \pm 0,38$ в группе сравнения;
- удовлетворённость своим психическим состоянием: $1,76 \pm 0,25$ баллов в основной группе и $3,62 \pm 0,43$ в группе сравнения;
- удовлетворенность физическим самочувствием: $0,95 \pm 0,15$ баллов в основной группе и $2,03 \pm 0,37$ в группе сравнения;
- удовлетворённость профессиональной деятельностью: $2,07 \pm 0,34$ баллов в основной группе и $2,34 \pm 0,41$ в группе сравнения;
- общение с друзьями и знакомыми: $2,57 \pm 0,17$ баллов в основной группе и $3,05 \pm 0,24$ в группе сравнения;
- ведение домашнего хозяйства: $2,51 \pm 0,40$ баллов в основной группе и $2,34 \pm 0,38$ в группе сравнения.

Наше исследование нуждается в продолжении и определение роли каждого компонента в психосоциальной реабилитации. Мы считаем, что вопросам психосоциальной реабилитации пациентов с непсихотическими расстройствами до настоящего времени уделялось незаслуженно мало внимания. Учитывая то, что эти пациенты имеют более благоприятный социальный дисплей, и при соответствующем лечении, способны полностью восстановить психосоциальные функции.

В современном российском обществе отсутствует запрос на психотерапевтическую помощь; его формирование возможно после длительного предметного психогигиенического просвещения. Исторически сложилось так, что потребность населения в обращении к специалистам при возникновении проблем в психической сфере не выражена; пациенты обращаются к врачам-психотерапевтам в последнюю очередь, нередко - в состоянии психоза. Разработка системы повышения информированности всех участников социальной практики в отношении пограничной психиатрии может стать реальным фактором превенции психической патологии.

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 должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 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 (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
 5. Перед названием статьи указывается УДК.
 6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме 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 пристатейным 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 нарушений 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.