

Омский психиатрический журнал

2 (8) 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"*

**2 (8)
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
Henri Rousseau
«Cheval attaqué par un jaguar»,
1910

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.

Малютина 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 Психиатрическое отделение принудительного лечения специализированного типа <i>А.И. Петрова, З.В. Кисляк, О.В. Могиль, О.И. Прокаева</i>	5	Psychiatric Care Organization Psychiatric department of compulsory treatment of specialized type <i>Petrova A.I., Kislyak Z.V., Mogil O.V., Prokaeva O.I.</i>
Региональные аспекты психиатрии Психиатрическая помощь сельскому населению (на примере Марьяновского района Омской области) <i>Е.И. Засекина</i>	10	Regional aspects of psychiatry Psychiatric assistance to rural citizens (for example of Maryanovsky District of Omsk Region) <i>Zasekina E.I.</i>
Клиника психических расстройств Особенности течения нейросифилиса на современном этапе. Описание клинического случая <i>В.А. Охлопков, Ю.А. Новиков, Ю.Т. Игнатьев, М.Б. Кидалов, Е.Н. Кравченко</i>	17	Clinic of psychiatric disorders Features of the course of neurosyphilis at the present. Clinical case. <i>Ohlopkov V.A., Novikov Y.A., Ignatiev Y.T., Kidalov M.B., Kravchenko E.N.</i>
Диагностика личностных расстройств: от П.Б. Ганнушкина к DSM-5 <i>И.А. Федотов, О.Д. Тучина</i>	20	The diagnosis of personality disorders: from P.B. Gannushkin to DSM-5 <i>Fedotov I.A., Tuchina O.D.</i>
Виды стрессогенных воздействий и клинические особенности расстройств адаптации в зависимости от гендерных характеристик <i>Ю.В. Кузнецова, Л.В. Моор</i>	24	Types of impacts stressors and clinical features of disorders adaptation to different gender characteristics <i>Kuznetsova Y.V., Moor L.V.</i>
Возрастные аспекты психиатрии Причины и условия развития школьной дезадаптации и пограничных психических расстройств у детей и подростков <i>Т.Г. Плетнева, Ю.В. Дроздовский</i>	27	Age aspects of psychiatry Causes and conditions of school dysadaptation devel- opment and borderline mental disorders of children and adolescents <i>Pletneva T.G., Drozdovsky Y.V.</i>
Клиническая психология Психологические особенности людей с избыточным весом (гендерный аспект) <i>Е.Д. Никитина, Н.В. Федорова</i>	32	Clinical psychology Psychological features overweight people (gender aspect) <i>Nikitina E.D., Fedorova N.V.</i>
Аутоагрессивное поведение, алкогольная зависимость и эмоциональное выгорание среди медицинских работников <i>С.Н. Озоль, Д.И. Шустов</i>	37	Autoaggressive behavior, alcohol addiction and burnout syndrome among physicians <i>Ozol S.N., Shustov D.I.</i>

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

В текущем номере журнала мы продолжаем знакомить наших читателей с подразделениями Омской психиатрической клиники. Известно, что важнейшей функцией психиатрической службы является предотвращение общественно опасных действий, которые могут быть совершены психически больными как в период развернутой симптоматики, так и в рамках расстройств личности, сформированных вследствие болезненного процесса. Профилактика общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, выходит за пределы чисто медицинских мероприятий, требует адекватного подбора лечебно-реабилитационных мероприятий, решения социальных, юридических проблем. Больница существует с 1897 года, но в ее структуре отделение для принудительного лечения специализированного типа № 11 развернуто только с 1989 года. В психиатрическое отделение принудительного лечения специализированного типа направляются пациенты, психическое состояние которых требует постоянного наблюдения. Это лица, имеющие тенденцию к совершению тяжких, нередко повторных, опасных действий, к нарушению режима (побеги, употребление психоактивных веществ), которые мешают проведению лечебных и реабилитационных мероприятий в условиях стационаров общего типа. В представленной статье рассмотрены не только организационные аспекты принудительного лечения, но и показаны перспективы ресоциализации данного контингента психически больных.

Региональный аспект психиатрической помощи рассмотрен в статье врача-психиатра Марьяновского района Омской области. Проведен подробный анализ основных показателей работы, намечены тренды за последние три года. Учтены основные демографические и нозологические контингенты психически больных, их суицидальное поведение, показана специфика оказания психиатрической помощи на селе.

В текущем номере журнала сделан акцент на клинических вопросах психиатрии. В этом отношении читателям будет интересна статья, представленная нашими коллегами из дерматовенерологической службы области. Авторы весьма подробно рассматривают клиническое наблюдение нейросифилиса, который все чаще встречается в практике врачей различных медицинских специальностей. Поражение центральной нервной системы при сифилисе часто имеет необратимый характер, влечет за собой

потерю трудоспособности и наносит вред не только семьям больных, но и обществу в целом. В настоящее время в связи с увеличением частоты поздних форм сифилиса и тенденций к нарастанию уровня заболеваемости нейросифилисом особого внимания требует соблюдение алгоритма клиничко-лабораторного обследования пациентов дерматовенерологических, неврологических, психиатрических стационаров при наличии у них нарушений функции центральной и периферической нервной системы, органов зрения и слуха, независимо от давности предполагаемого заражения. Поскольку нейросифилис является междисциплинарной проблемой, необходимо комплексное клиничко-инструментальное обследование пациентов с участием врачей разного профиля: дерматовенерологов, неврологов, психиатров, наркологов, офтальмологов и т.д. Это еще раз доказывает пример представленного в журнале клинического случая.

Клиническая тема в представляемом номере журнала продолжена в теоретической работе наших рязанских коллег. В их статье проведены параллели между классическими критериями психопатии П.Б. Ганнушкина и современными общими критериями личностных расстройств в DSM-5, а также представлены в профессиональном рецензируемом переводе критерии отдельных видов личностных расстройств, которые предлагаются для использования в современных научных исследованиях.

Завершает клинический раздел журнала работа омских психиатров, занятых исследованием пограничной психической патологии. Авторами проведено исследование специфики стрессогенных расстройств и соответствующих им нарушений адаптации у мужчин и женщин. Установлено, что у мужчин преобладают хронические, умеренно выраженные психогении, преимущественно связанные с серьезными материальными трудностями, которые могли или уже привели к потере прежнего социального статуса, ухудшению уровня жизни семьи. У женщин с хроническими психогениями и расстройством адаптации наиболее часто удается выявить наличие глубинных психотравм, наследственной отягощенности по психическим заболеваниям, сопутствующей соматической и неврологической патологии.

Возрастные аспекты психиатрии рассмотрены в очередной публикации, серия которых знакомит читателей с широкомасштабными исследованиями психической патологии у дет-

ского населения Омской области. В представленной работе исследованы причины и условия развития школьной дезадаптации и пограничных психических расстройств у большой популяции детей/подростков, проходивших лечение в психиатрическом дневном стационаре для детей и подростков в период с 2012 по 2015 г. Проведён анализ социально-психологических влияний: состава семьи, типов воспитания в различных семьях, образовательный уровень родителей и их занятость. Показано, что пограничные психические расстройства у детей/подростков, обнаруживших проявления школьной дезадаптации формируются на основе сложных патогенетических механизмов: биологических (органических) и психогенных (невротических) механизмов, от которых зависит выбор лечебно-реабилитационных и профилактических программ.

В работе наших коллег – клинических психологов из Омского государственного педагогического университета предпринята попытка изучить гендерный аспект психологических особенностей людей с избыточным весом. Для женщин с избыточным весом характерны: низкий уровень самооценки, неуверенность в себе, низкая сопротивляемость стрессу и высокий уровень коммуникативного контроля. Мы считаем, что данные психологические особенности женщин с избыточным весом связаны с тем, что женщины очень много внимания посвящают своему внешнему виду, для них невероятно важно хорошо выглядеть, а наличие лишнего веса снижает их привлекательность. В современном обществе уделяется повышенное внимание женщинам с избыточным весом, которое проявляется в негативном отношении и насмешках со стороны социума, а так как для женщин очень важно мнение окружающих, то вследствие всех факторов уровень самооценки и уверенности в себе снижается. Для мужчин с избыточным весом характерны другие психоло-

гические особенности: адекватная самооценка, уверенность в себе, высокая сопротивляемость стрессу и средний или низкий коммуникативный контроль. Авторы считают, что данные характеристики более высокие по сравнению с результатами женщин с избыточным весом, так как для мужчин внешняя привлекательность не так важна, как для женщин. Наличие лишнего веса у мужчин не вызывает психоэмоционального напряжения, они не испытывают сильного давления со стороны окружающих, да и в целом мужчинам не настолько важно мнение окружающих, как для женщин. Редакционная коллегия выражает уверенность, что полученные результаты помогут в решении сложнейшей междисциплинарной проблемы ожирения.

Клинико-психологическая проблематика продолжена в реферативной работе, посвященной психическому здоровью врачей. На основании данных, опубликованных в зарубежной и отечественной литературе, проведен анализ проблемы аутоагрессивного поведения и синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников, рассмотрен вопрос алкогольной зависимости врачей. Авторы отмечают, что необходимо уделять внимание профилактике синдрома «эмоционального выгорания», которая должна учитывать индивидуальные особенности врача, конкретные условия работы в данном лечебно-профилактическом учреждении, и возможность проведения специальных методов психологической разгрузки.

Широкий выбор тематики научных и научно-практических работ, представленных в выпусках «Омского психиатрического журнала» будет интересен и полезен не только психиатрическому сообществу Омского региона, но и врачам иных специальностей. Текущий номер журнала не стал исключением. Приглашаем к сотрудничеству всех специалистов, работающих в сфере сохранения и укрепления психического здоровья населения.

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

Организация психиатрической помощи

УДК: 616.89.12(083.41)

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

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

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

Аннотация. Защита общества от возможного опасного действия психически больных является одной из самых важных и сложных задач психиатрической службы. Профилактика общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, выходит за пределы чисто медицинских мероприятий, требует адекватного подбора лечебно-реабилитационных мероприятий, решения социальных, юридических проблем. В статье представлен обширный опыт организации и проведения стационарного принудительного лечения в Омской психиатрической больнице.

Ключевые слова. Принудительное лечение психически больных.

PSYCHIATRIC DEPARTMENT OF COMPULSORY TREATMENT OF SPECIALIZED TYPE

Petrova A.I., Kislyak Z.V., Mogil O.V.

Resume. Protecting the public from the possible harmful actions of the mentally ill is one of the most important and difficult tasks of psychiatric services. Prevention of socially dangerous actions of persons with mental disorders goes beyond the purely medical interventions, requires an adequate selection of treatment and rehabilitation, the solution of social and legal problems. The article presents the extensive experience and the organization of the inpatient involuntary treatment in Omsk psychiatric hospital.

Keywords. Compulsory treatment of the mentally ill.

Сложная социально-экономическая ситуация в стране, а также другие социальные стрессы косвенно способствуют росту психических заболеваний. Преступность и психические заболевания издавна рассматривались как взаимосвязанные явления. Каждый десятый правонарушитель, совершивший тяжкое правонарушение, имеет психическое расстройство. Структура правонарушений стала характеризоваться значительной долей преступлений против личности (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, изнасилования). В Омске под наблюдением психиатров в конце 2015 года находилось 25066 человек, доля больных с тяжелыми болезненными расстройствами составляла более 43,7% (10946 человек). В настоящее время в этой группе в целом по области наблюдается около 1000 человек, что составляет 2,9% от общего числа больных, состоящих на диспансерном наблюдении. В отделении АПНЛ ПДО в группе АДН наблюдаются 507 пациентов, что составляет 4,8% от общего числа больных, состоящих на диспансерном наблюдении.

Защита общества от возможного опасного действия психически больных является одной из самых важных и сложных задач психиатрической службы. Профилактика общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, выходит за пределы чисто медицинских мероприятий, требует адекватного подбора лечебно-реабилитационных мероприятий, решения социальных, юридических проблем. Принудительные меры медицин-

ского характера в больнице осуществляются:

- двумя отделениями принудительного лечения специализированного типа для мужчин, рассчитанными на 55 коек каждое;
- общепсихиатрическими койками для принудительного лечения в отделениях общего типа, на которые госпитализируются пациенты по когорте, мужчины и женщины;
- отделение амбулаторного принудительного наблюдения и лечения, развернутое на базе психиатрического диспансера для взрослого населения.

Больница существует с 1897 года, но в ее структуре отделение для принудительного лечения специализированного типа № 11 развернуто только с 1989 года. В психиатрическое отделение принудительного лечения специализированного типа направляются пациенты, психическое состояние которых требует постоянного наблюдения. Это лица, имеющие тенденцию к совершению тяжких, нередко повторных, опасных действий, к нарушению режима (побеги, употребление психоактивных веществ), которые мешают проведению лечебных и реабилитационных мероприятий в условиях стационаров общего типа. Основанием для помещения лица на принудительное лечение является постановление суда. Документация на лиц, находящихся на принудительном лечении, выделена в отдельное делопроизводство. Учет пациентов проводится в специальном журнале, с 2000 г ведется социально-реабилитационная карта в истории болезни.

Материально-техническая база

Отделение находится на втором этаже четвертого корпуса больницы, рассчитано на 55 коек. Удовлетворительно организованы рабочие места медицинских работников, сервис для

больных, санитарно-гигиеническое состояние помещений, рабочие места специалистов, места пребывания больных Планируется реконструкция площадей, что позволит улучшить условия содержания больных.

Таблица 1

Основные показатели деятельности отделения

Показатели	Годы		
	2013	2014	2015
Поступило больных	23	24	26
Выписано больных	10	29	26
Пользованные больные	71	85	82
% выполнения плана	103,0	119,7	109,4
Средняя длительность пребывания использованного больного	271,3	263,5	-
Средняя длительность пребывания выписанного больного	708,7	1176,6	786,7
Оборот койки	1,3	1,5	1,5
Длительность работы койки	350,2	407,1	348,8

В 2013 - 2015 гг. в отделении количество коек оставалось 55. При анализе таблицы обращает на себя внимание то, что все годы было достаточно высоким количество использованных больных: 71 - в 2013 году, 85 - в 2014 году, 82 - в 2015 году, то есть 248 лиц, находящихся на принудительном лечении, прошло через отделение за 3 года. Это стало возможным благодаря стремлению врачей отделения к сокращению сроков обследования, своевременно подобранному адекватному лечению, внедрению новых фармакологических препаратов с широким использованием нейролептиков пролонгированного действия, применением различных комбинаций психофармакологических средств.

С 2013 года средняя длительность пребывания на койке выписанного больного уменьшилась с 1176,6 в 2014 году до 786,7 в 2015 году с разницей с нормативом 750,0-367. Оборот койки в отделении в 2013 году 1,3, в 2014-2015 годах 1,5, то есть увеличился на 0,2. Выполнение плана (коэффициент использования коечного фонда) в % в 2013 году - 103,0%, в 2014 году - 119,7%, в 2015 году - 109,4%. Процент повторных поступлений в отделение снизился с 26,1% в 2013 году до 16,7% в 2014 году, 7,7% в 2015 году. Показатели деятельности отделения, также как показатели деятельности психиатрической службы по Омской области, стабильны и соответствуют среднероссийским тенденциям.

Клинико-социальная характеристика

В отделении находятся пациенты, страдающие психическими расстройствами, совершившие тяжкие правонарушения и, после прохождения судебно-психиатрической экспертизы, признанные невменяемыми.

Большинство пациентов являются хрониче-

ски больными, с выраженными психопатоподобными изменениями личности, когнитивным дефицитом, склонные к агрессивным и импульсивным действиям. Преобладают пациенты молодого и среднего возраста. Превалирует психопатоподобная симптоматика в рамках всех нозологических форм с расстройством влечений. Большинство пациентов коморбидные по алкогольной зависимости, в меньшей степени по употреблению других психоактивных веществ, совершившие правонарушения чаще всего в состоянии алкогольного, либо наркотического опьянения, с богатым криминальным опытом, много неграмотных. В отчетном периоде от 3 до 6 пациентов ежегодно являлись недееспособными.

Как и в предыдущие отчетные периоды, в отделении преобладали пациенты, страдающие шизофренией (более 60%), на втором месте, страдающие умственной отсталостью (около 20%), на третьем месте, страдающие органическими заболеваниями (около 10%). Ведущей в клинической картине являлась, наряду с психотической, психопатоподобная симптоматика в рамках шизофрении, а также за счет присоединения данного синдрома в рамках умственной отсталости и органических поражений головного мозга.

Большинство больных с психическими заболеваниями злоупотребляли алкоголем, наркотиками, другими психоактивными веществами, а также страдали сопутствующей сомато-неврологической патологией, что чаще отмечалось у больных преклонного возраста. Пациенты получали необходимую специализированную помощь врачей-консультантов в полном объеме.

Таблица 2

Распределение по классам МКБ-10 и по нозологическим формам

Шифр по МКБ-10	Нозологические формы	Годы					
		2013		2014		2015	
F00 – F05, F06 (часть), F09	Органические психозы (или) слабоумие	9	14,8	4	7,1	5	8,9
F20	Шизофрения	35	57,3	36	64,2	36	64,2
F21	Шизотипическое расстройство	2	3,3	2	3,6	3	5,4
F25	Шизоаффективные психозы	3	4,9	1	1,8	1	1,8
F70 – F79	Умственная отсталость	12	19,7	11	19,6	10	17,9
F 23	Другие, в т. ч. до выхода из болезненного состояния	-	-	2	3,7	1	1,8
	Всего	61	100	56	100	56	100

Из года в год практически не меняется количество тяжелых статей против личности, (убийства, причинение тяжких телесных повреждений – ст. 105, 111 УК РФ) – до 25%; практически на одном уровне остаётся количество пациентов, совершивших кражи, грабежи, разбой; за хранение и сбыт наркотических средств, с сексуальными правонарушениями в отделении находились единичные пациенты. Наибольшее количество преступлений совершалось в состоянии алкогольного опьянения по негативно-личностному механизму - до 90%, по продуктивно-психотическому - до 10 %.

Больные поступали в отделение из общепсихиатрических отделений; в 2013 году 73,9%, в 2014 году 83,3%: в 2015 году 69,2%. Увеличилось число поступивших из КПБСТИН с 4,3% в 2013 году до 8,7% в 2014 году, 15,4% в 2015 году. Уменьшилось число переводов в общепсихиатрические отделения, так как условия в отделениях общего типа для проведения принудительного лечения не достаточно определены - пациенты используют «смягченные» режимы для его нарушения - покидают пределы отделения, употребляют алкоголь и т.д. и в последующем возвращаются в специализированное отделение. На лечение в отделение общего типа на общих основаниях переводились пациенты в состоянии лекарственной ремиссии, без выраженных нарушений поведения с нерешенными вопросами о проживании, не имеющие родственников. Группу АДН составляет, кроме городских, большая часть сельских жителей, где отсутствует АПНЛ. В связи с чем сроки пребывания на принудительном лечении сельских пациентов больше, чем городских. Перевод на АПНЛ используется у хорошо адаптированных пациентов со стойкой ремиссией, положительным отношением к лечению во избежание проблем в семье, для сохранения профессиональ-

ных навыков. На АПНЛ выписывались молодые пациенты трудоспособного возраста с сохраненными социальными установками, проживающие в городе. Процент повторных поступлений уменьшился с 26,1% до 7,7%. Возвращенных в отделение с АПНЛ в 2013-2015 годах из-за совершения повторных общественно опасных действий не было. Переведены в ПБСТИН в 2013 году и в 2015 году по 1 пациенту в связи с грубыми нарушениями режима, с резистентностью к проводимой терапии.

Таблица 3

Статьи УК, по которым пациенты привлекались к уголовной ответственности

Статьи Уголовного кодекса	Годы		
	2013	2014	2015
105, 30/105	6	1	3
161, 162	4	2	3
131, 132	-	-	1
111 ч.1; 4.	1	5	1
158 ч.2, ч.3	6	7	4
167, 166	-	-	2
228	2	3	5
112, 115, 116, 118, 119, 213	3	5	6
318, 319, 317, 325, 207, 213, 238	5	1	1

Характеристика лечения

В течение последнего года ухудшилось бюджетное финансирование, в том числе ухудшилось снабжение амбулаторных больных бесплатными медикаментами в соответствии с федеральным и территориальным списками льготников. Особые проблемы с льготным обеспечением испытывали жители села. Однако в

отделении сохранялась возможность лечения больных, находящихся на принудительном лечении специализированного типа, с учетом их особой социальной опасности эффективными современными препаратами, что положительно сказалось на качестве лечения, уменьшении побочного действия психофармакологических препаратов, снижении агрессивных тенденций, нарушений режима пациентов отделения. Метод активной терапии подбирался дифференцированно для каждого больного с учётом клинических проявлений заболевания, давности процесса, наличия соматических противопоказаний к проведению той или иной терапии. Всем пациентам проводилась комплексная психофармакотерапия в основном классическими нейрорептиками, в том числе пролонгированного действия, а также у значительной части пациентов отделения проводилось по клиническим показаниям лечение нейрорептиками-атипиками и современными антидепрессантами. В течение последних лет прослеживается тенденция к монотерапии нейрорептиками-атипиками и современными антидепрессантами, к чему также стремятся врачи отделения.

Широко с учетом недостаточного комплаенса пациентов отделения использовались также нейрорептики-пролонги: флупентиксол-депо, галоперидол-деканоат, зуклопентиксол-депо, флуфеназин-деканоат, рисполепт-конста, которые удобны для поддерживающей терапии в амбулаторных условиях. Подбор сочетаний и оптимальных дозировок был строго индивидуальным с учётом характера психопатологических расстройств и типа течения болезни. Хорошие результаты в малокурабельных случаях давало лечение клозапином. В лечении аффективных нарушений у больных назначались нормотимики: препараты углекислого лития, финлепсин (карбамазепин, депакин-хроно). Из побочных эффектов и осложнений психофармакотерапии наблюдались нетяжелые неврологические, вегетативные, соматические проявления, чаще всего экстрапирамидные, ортостатические расстройства, которые быстро редуцировались после уменьшения дозы препарата либо обрыва нейрорептической терапии, при необходимости проводилась корригирующая, детоксикационная и нейрорептическая терапия, особенно хороший эффект наблюдался при внутривенном введении ноотропов, в том числе мексидола. Как правило, в случае побочного действия психофармакотерапии у больных выявлялась латентная сосудистая и резидуально-органическая недостаточность ЦНС.

Психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация

Задачей психиатрического отделения принудительного лечения специализированного типа является восстановление социального ста-

туса пациентов, обеспечение наиболее безболезненного выхода в общество, а также помощь пациенту в осознании им социальных ценностей и удовлетворении его социальных потребностей, в возвращении пациентов к общественно-полезной жизни в семье, коллективе и профилактика общественно-опасных действий. С 2006 года в отделении функционирует полноценная полипрофессиональная бригада в составе: врачи, медицинский психолог, специалист по социальной работе, медицинские сестры. Комплексная психофармакотерапия проводится в сочетании с психосоциальной терапией, реабилитационными мероприятиями, включающими занятия пациентов в коммуникативной, психообразовательных группах, тренинг социальных навыков, трудо-, библио-, арттерапию, инструментальную поддержку. Одной из центральных задач индивидуальной и групповой работы являлось постепенное уменьшение деструктивных и дефицитарных агрессивных проявлений поведения пациента. Длительное пребывание пациентов в стационаре делает особенно актуальной проблему формирования терапевтической среды и предполагает необходимость проведения различных досуговых мероприятий для поддержания повседневной активности пациентов. Для организации досуга в отделении имеются настольные игры, спортивный инвентарь, в том числе шведская стенка, теннисный стол; а также магнитофон, телевизор, DVD-плеер с караоке, гармонь, гитара, библиотека, видеотека и др. С реабилитационной целью пациенты имеют возможность пользоваться индивидуальными радиоприемниками, плеерами, электронными книгами без функции аудио-, видеозаписи; СМИ, а также возможность ежедневно звонить родственникам по разрешению и под контролем врача по отделенческому городскому и сотовому телефонам. На специальных стендах помещаются информационные материалы, поздравления, результаты турниров по шашкам, нардам. Кроме того, в трудовой терапии участвуют более 10 пациентов ежедневно в основном по самообслуживанию, на хозяйственных работах. В соответствии с правилами внутреннего распорядка дня для пациентов отделения принудительного лечения специализированного типа, утвержденными приказом главного врача больницы, прогулки пациентов проводятся ежедневно на специально оборудованной с целью предотвращения побегов, других общественно-опасных действий пациентов, прогулочной площадке отделения в сопровождении санитаров и охранников более 50 пациентов ежедневно. Посещение пациентов родственниками и знакомыми в соответствии с внутренним распорядком дня разрешено в помещении отделения в присутствии дежурной медицинской сестры и охраны. Список посетителей оговаривается в информированном доб-

ровольном согласии на медицинское вмешательство. Приобретение личных вещей, предметов гигиены для пациентов, утративших социальные связи, по их письменному заявлению осуществляется специалистом по социальной работе отделения один раз в 2 недели на пенсионные деньги, которые получает она же по доверенности от пациентов ежемесячно. Пациенты имеют право получать от родственников на свидании газеты и журналы, читают их, передавая друг другу. Активно работает Совет самоуправления пациентов. В отделении большинство пациентов нуждается в инструментальной поддержке. Специалистом по социальной работе восстанавливаются утраченные документы, гражданство, оформляются пенсии. За отчетный период пациентам восстановлено 9 паспортов, 49 страховых полисов, зарегистрировано по месту временного пребывания 40 пациентов. Полипрофессиональной бригадой, а именно, медицинским психологом совместно с врачами, специалистом по социальной работе еженедельно проводятся групповые и индивидуальные психообразовательные и коммуникативные занятия с пациентами и их родственниками, в среднем ежегодно по 10 циклов. В 2015 году психологом проведено 287 ежедневных коммуникативных занятий, Врачами проведено в 2015 году 536 групповых психообразовательных занятия. Организовано обучение грамоте и счету неграмотных пациентов. С ноября 2012г. отделение регулярно посещает православный священник. Совершаются религиозные обряды по просьбе православных пациентов. Регулярно пациенты совместно с пациентками женских отделений участвуют в проведении праздничных, спортивных мероприятий, дискотек, в творческих конкурсах.

Объем проведенных исследований

Вся лечебно-диагностическая работа терапевта курирующего отделение осуществляется в тесном контакте с заведующей отделением и лечащим врачом-психиатром. При необходимости осуществляются консультации специалистами больницы: неврологом, хирургом, дерматовенерологом, урологом, лор-врачом, стоматологом, окулистом. К работе привлекается диагностическое отделение, которое существует в больнице: рентгенологическое, стоматологическое, ультразвукового исследования, клиническая, биохимическая и бактериологическая лаборатории, лаборатория высшей нервной деятельности и др. Широко используются возможности городского диагностического центра. Больные, трудные в диагностическом плане, осматриваются консилиумом в составе заместителя главного врача, заведующего отделением, старшего терапевта и невролога, клинического фармаколога, лечащего терапевта и психиатра.

Трудовая врачебная экспертиза

Одной из важнейших проблем в психиатрической практике является проблема инвалидизации вследствие психического заболевания. Психические расстройства после сердечно-сосудистых заболеваний занимают второе место по значимости финансового бремени для страны вследствие большого числа инвалидов по психическим заболеваниям. Среди находившихся в отделении в отчетном периоде преобладали пациенты с длительным, многолетним течением психического заболевания, поступавшие в стационар с группой инвалидности, либо получившие инвалидность первично за время пребывания на принудительном лечении.

Большинство пациентов, находившихся в отделении в 2013-2015 годах, имели II-III группу инвалидности, пенсионеров по возрасту по годам от 2 до 4. Пациенты, не имеющие инвалидности, находились в отделении до выхода из болезненного состояния. В течение 2015 года 3 пациентам без трудового стажа с многолетней алкоголизацией МСЭ по новому законодательству в инвалидности было отказано. Законность данного решения подтверждена вышестоящими инстанциями, куда пациенты обращались с письменными жалобами, хотя данный Федеральный Закон входит в противоречие с Законом «О психиатрической помощи...», в котором указано, что больные имеют право на получение пенсии по инвалидности на весь срок стационарного принудительного лечения.

Профилактика ООД

Опасность больного снижается или устраняется в двух случаях:

1. Когда течение болезни становится катастрофическим и признаки грубого дефекта психики не позволяют пациенту находиться вне условий психиатрического стационара, в тоже время его патологическая активность угасает и соответственно уменьшается его опасность. В этих случаях продолжение принудительного лечения в стационарах специализированного типа лишено смысла. Оно может быть прекращено и пациент переведен в больницу общего типа по месту жительства.

2. Когда наступило улучшение состояний или практическое выздоровление. Естественно, что самый желательный вариант достигается путем адекватного лечения пациентов и соответствующих реабилитационных мероприятий.

Повторных правонарушений после прекращения принудительного лечения в течение года после выписки в 2013-2015гг в отделении не было. Полипрофессиональной бригаде отделения постоянно приходится решать вопросы где, с кем, на какие средства и в каких условиях после выписки будет проживать пациент, заниматься вопросами трудовой адаптации, сохранением семьи, защищать права пациентов.

Региональные аспекты психиатрии

УДК 616.89-082 (-202) (470.57)

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ (на примере Марьяновского района Омской области)

Е.И. Засекина

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Марьяновская Центральная районная больница»

Аннотация. В статье на примере Марьяновского района Омской области рассмотрены основные аспекты деятельности врача психиатра, который оказывает специализированную помощь сельскому населению. Проведен подробный анализ основных показателей работы, намечены тренда за последние три года. Учтены основные демографические и нозологические контингента психически больных, их суицидальное поведение.

Ключевые слова. Психиатрическая помощь на селе, врач-психиатр, эпидемиология психических расстройств.

PSYCHIATRIC ASSISTANCE TO RURAL CITIZENS (for example of Maryanovsky District of Omsk Region)

Zasekina E.I.

Resume. In the article on the example of Maryanovsky District Omsk region discussed the main aspects of the activities of a doctor psychiatrist who provides specialized care to the rural population. A detailed analysis of the a-main indices of work outlined the trend over the past three years. Taken into account the main demographic and nosological contingent mentally ill, their suicidal behavior.

Keywords. Mental health care in rural areas, the doctor-psihitar, epidemiology of mental disorders.

Марьяновский район расположен на юге Омской области. Районный центр – Марьяновка находится на удалении от города Омска 50 км. Связан с городом асфальтированным шоссе и железной дорогой. Численность населения в 2015 году 26974 человека, в том числе трудоспособного возраста – 15575 чел., женского населения 14281, мужского населения – 12693, подростков – 994 чел., детей 0-14 лет – 5553.

Наблюдение и оказание лечебно-профилактической помощи населению осуществляется сетью медицинских организаций. ЦРБ – 63 круглосуточных койки и 19 коек дневного стационара. Три участковых больницы, 5 врачебных амбулаторий, ФАП – 20. Обеспеченность кадрами врачей на 10 000 населения в 2015 году составляет 15,9, укомплектованность врачебными кадрами 66,7 %.

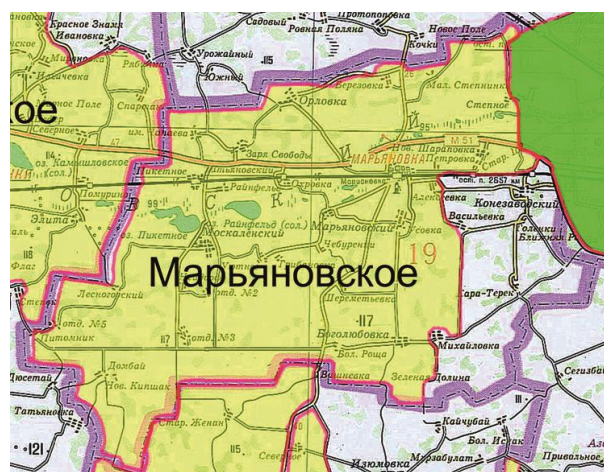


Таблица 1

Демографические показатели района

Показатели	Годы		
	2013	2014	2015
Население	27417	27183	26974
Рождаемость	15,0	18,4	14,2
Смертность	13,3	12,3	12,7
Естественный прирост	+1,7	+6,1	+1,5

Анализируя таблицу 1 необходимо отметить тенденцию к снижению смертности и к значи-

тельному увеличению естественного прироста населения за счет высокой рождаемости.

Лечебно-диагностическая работа

Психиатрическая служба района представлена на психиатрическим кабинетом, расположенным на третьем этаже поликлиники ЦРБ и занимает одну комнату площадью 16 м². В кабинете ведется совместно прием пациентов с психиатрическими и наркологическими расстройствами.

Лечебно-диагностическая деятельность осуществляется в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». При обращении пациентов у них берется письменное согласие на осмотр и проведение лечения. Пациенту объясняется характер предстоящего лечения, возможные побочные эффекты, о чем делается запись в медицинской документации. Сообщается о взятии больного на диспансерное наблюдение или оказание ему консультативно-лечебной помощи. Выписка препаратов производится через ВК Марьяновской ЦРБ в соответствии с приказами.

Большой частью деятельности врача-психиатра является работа с родственниками пациентов, от которых врач получает сведения о поведении больных в быту. Разъясняются правила ухода за больными, страдающими психическими расстройствами, необходимость регулярного приема медикаментов.

При ухудшении здоровья пациентов организовывается доставка пациентов в стационар об-

ластной психиатрической больницы. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия и решение о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке производится на основании письменного заявления родственниками или другими гражданами в соответствии со статьей №24, 25, 29 Закона РФ «О психиатрической помощи».

При потере трудоспособности пациентами оформляются документы на МСЭ. Также проводятся консультации больных в стационарных отделениях Марьяновской ЦРБ, где им совместно с основным заболеванием производится лечение психических расстройств.

В составе врачебной комиссии проводится психиатрическое обследование граждан для решения вопроса о годности к службе в качестве военнослужащего. С письменного согласия родителей обследуются дети, в том числе и на психолого-медико-педагогическую комиссию для решения вопроса о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специализированной коррекционной школы.

Другие виды психиатрического обследования осуществляются с согласия граждан для решения вопроса о профессиональной пригодности, вождения автотранспорта, ношения оружия.

Таблица 2

Основные показатели работы врача - психиатра за 2013-2015

год	Фактические посещения		Посещения по поводу заболевания		Посещения по поводу общего психиатрического обследования	
	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.
2013	6667	24317,0	1509	5503,8	5158	18873,1
2014	7666	31699,9	1733	6375,3	5933	21826,1
2015	7202	26699,9	1755	6506,2	5447	20193,5

Из таблицы 2 видно, что общее количество посещений за 2013-2015 год увеличивается, так же отмечается рост числа посещений по поводу заболеваний, что связано с усилением санитарно-

просветительной работы, улучшением взаимодействия с другими специалистами Марьяновской ЦРБ, доступности психиатрической помощи.

Таблица 3

Заболеваемость психическими расстройствами

Год	Общая заболеваемость	На 100 тыс.	Первичная заболеваемость	На 100 тыс.
2013	735	2703,9	80	294,3
2014	747	2748,0	53	196,5
2015	757	2806,4	59	218,8

Из таблицы 3 вытекает, что общая заболеваемость психическими расстройствами постепенно растет. Первичная заболеваемость значительно отличается в 2013 году в связи с началом проведения диспансеризации детского населения,

медосмотров детей, поступающих в детский сад и в школу, также в этом году увеличилось число лиц с психопатологией, обследованных во время призывной комиссии.

Таблица 4

Распределение больных психическими расстройствами по заболеваниям

Заболевания	2013		2014		2015	
	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.
Психозы и состояния слабоумия	133	489,2	131	485,6	130	481,9
Шизофрения, шизотипические расстройства, аффективные психозы	91	334,8	91	337,3	70	259,5
Непсихотические психические расстройства	176	647,4	197	730,3	207	767,4
Умственная отсталость	428	1567,2	429	1590,2	420	1557,0

Анализируя таблицу 4 видно, что самая высокая заболеваемость психическими расстройствами в группе пациентов с умственной отсталостью. Это происходит за счет выявления пациентов с данной патологией при обследовании детей на ПМПК для решения вопроса обучения в

школе и за счет работы в приписной и призывной комиссии в РВК. Происходит миграция более здоровой части населения (в основном молодого, трудоспособного возраста) в связи с трудностями трудоустройства.

Таблица 5

Общая заболеваемость психическими расстройствами по возрастам

	2013		2014		2015	
	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.
Дети	77	1389,9	89	1602,7	99	1794,0
Подростки	42	4229,6	47	4728,3	46	4643,6
Взрослые	616	2983,0	627	3069,4	612	2996,0

Из таблицы 5 видно, что общая заболеваемость по возрастным группам меняется в 2013-2015 гг. Снижается среди взрослого населения и увеличивается среди детского населения и подростков. Это объясняется улучшением диагно-

стики психических расстройств у детей и подростков в различных комиссионных осмотрах. Основной контингент пациентов подросткового возраста – обследованные по направлению РВК во время приписной комиссии.

Таблица 6

Первичная заболеваемость психическими расстройствами по возрастам

	2013		2014		2015	
	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.
Дети	30	541,5	23	414,1	32	580,9
Подростки	11	1107,7	11	1106,6	14	1403,9
Взрослые	39	188,8	19	93,0	11	53,8

По результатам таблицы можно отметить подъем первичной заболеваемости в детской и подростковой возрастных группах. Это объясня-

ется активным выявлением пациентов в различных медосмотрах.

Таблица 7

	2013		2014		2015	
	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.
Мужчин	521	4077,6	529	4167,6	522	4112,5
Женщин	214	1485,5	228	1596,5	235	1645,5

Анализируя таблицу 7 очевидно, что заболеваемость психическими расстройствами среди мужского населения, значительно больше,

чем среди женского, обусловлено психиатрическим освидетельствованием в РВК.

Таблица 8

	2013		2014		2015	
	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.
Всего	324	1191,9	337	1249,5	348	1290,1
Психозы или состояния слабоумия	112	412,0	116	405,3	116	430,0
Шизофрения и аффективные психозы	73	268,5	75	278,0	74	274,3
Непсихотические психические расстройства	43	158,1	46	170,5	55	203,9
Умственная отсталость	169	621,7	175	648,7	177	656,2

Из таблицы 8 можно сделать вывод, что количество пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, несколько повышается. Самые большие группы пациентов занимают пациенты с умственной отсталостью и различными психозами, при этом их количество постепенно увеличивается. Это объясняется ростом заболеваемости детского населения, т.к. увеличилась рождаемость, улучшилась диагностика

детской психопатологии. Имеются трудности в наблюдении диспансерной группы пациентов в связи с отдаленностью многих населенных пунктов. Проводятся выезды врача-психиатра в населенные пункты Марьяновского района, в эти дни пациенты приглашаются на ФАП или в амбулаторию, также консультируются на дому. У больных с диспансерным наблюдением решаются социальные вопросы.

Таблица 9

	2013		2014		2015	
	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.
Всего	10	36,7	9	33,3	9	33,3
Совершили ООД в течение жизни	7	25,7	6	22,2	6	22,2
Совершили ООД в году	0	0	0	0	0	0
До этого не состояли на АДН	0	0	0	0	0	0
Находились в стационаре	5	18,3	4	14,8	3	11,1

Таблица 9 показывает, что количество больных, состоящих на АДН, за последние три года уменьшается. В 2013 году снят с АДН 1 пациент и переведен в диспансерную группу наблюдения. Решение о включении в группу АДН, а так же выведение из неё пациентов принимается на основании медицинской документации психиатрического стационара, заключения клинико-экспертной комиссии ЦРБ. Пациент ставится об этом в известность, ему разъясняется необходимость регулярных осмотров,

лечения. Осмотр не реже одного раза в месяц. Сотрудниками полиции оказывается помощь в случае необходимости психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации в стационар. Со всеми пациентами проводится профилактическая работа, собираются объективные сведения о поведении этих больных от родственников, медицинских работников и участковых полицейских. Вся информация фиксируется в амбулаторной карте больного.

Таблица 10

Контингенты больных с психическими расстройствами, получающих консультативно-лечебную помощь						
	2013		2014		2015	
	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.
Всего	368	1353,7	352	1304,9	359	1330,9
Психозы и (или) состояния слабости	7	25,7	7	25,9	7	25,9
Шизофрения, аффективные психозы	3	11,0	3	11,1	2	7,4
Непсихотические психические расстройства	124	456,7	128	474,5	138	511,6
Умственная отсталость	237	871,8	217	804,4	212	785,9
Иные психические расстройства	0	0	0	0	0	0

Таблица 10 демонстрирует изменение числа пациентов, получающих лечебно-консультативную помощь. Это связано с ее прекращением у пациентов с длительными ремиссиями и социальной адаптацией, а также лечением новых пациентов: призывники, пациенты с расстройствами невротического уровня, с органическими непсихотическими расстройствами, поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста.

Анализ параметра, характеризующего оказание консультативно-лечебной помощи пациентам – соотношения «Д» и «К» группы, показывает, что в Марьяновском районе Омской области они выше областного. В течении последних трех лет данное соотношение сохраняется на уровне 51 %, тогда как областной уровень на 8 % выше. На наш взгляд это показывает каче-

ственный уровень выявления непсихотических расстройств в районе.

В связи с концепцией развития здравоохранения происходит перераспределение лечебной помощи из стационара в амбулаторную сеть. Проблемы, возникающие на этом этапе, связаны с тем, что не всегда регулярно поступают в аптечную сеть препараты, необходимые для лечения данной группы пациентов. Из тех препаратов, что имеются в аптечной сети, недостаточно широкий спектр. Это создает определенные трудности в подборе медикаментов для лечения, затягивает сроки выздоровления. При необходимости обследование пациентов проводится в ЦРБ, за время обследования решается вопрос о необходимости госпитализации в ОКПБ города Омска или дальнейшее амбулаторное наблюдение.

Таблица 11

Количество больных психическими расстройствами, обследованных и пролеченных в стационаре Омской психиатрической больницы

	2013	2014	2015
Всего	112	95	108
Обследованных от РВК	26	14	11
Госпитализированные по скорой помощи	61	52	73
Обследованных детей	18	15	20
Плановые госпитализации	7	4	11

Таким образом количество больных психическими расстройствами поступивших на обследование и лечение в психиатрический стационар ОКПБ в течение 3-х лет постепенно снижается. Это связано с улучшением качества диагностики психических расстройств при работе с различным контингентом больных, а также увеличивается количество больных, получающих психиатрическую помощь амбулаторно. С каждым годом растет число госпитализированных по СП пациентов с алкогольными психозами. Также повысилось число обследованных детей для решения вопросов о дальнейшем обу-

чении и выявления показаний для проведения МСЭ.

Вместе с тем за прошедшие годы улучшается взаимодействие с другими службами Марьяновской ЦРБ, результатом чего является выявление и лечение психических расстройств как сопутствующих заболеваний у больных, получающих лечение с различными соматическими заболеваниями в стационарах ЦРБ.

К плановым госпитализациям относятся направления пациентов в отделения неврозов, обследования в стационаре для проведения МСЭ, а также направление на уход.

Таблица 12

Количество суицидальных попыток

	2013	2014	2015
Всего, из них:	16	15	19
- мужчин	6	10	9
- женщин.	10	5	10
Количество завершённых суицидов	5	5	0
В алкогольном опьянении	8	7	11
Наблюдение у психиатра	-	1	1

За отчетный период отмечается рост количества суицидов. Закономерности в половом различии не прослеживается. У всех завершённых суицидов способ – повешение. Растет число суицидальных попыток, совершённых в алкогольном опьянении. В 2014 году пациентка, состоящая на диспансерном наблюдении с диагнозом Шизофрения пыталась броситься под

поезд на железнодорожном вокзале районного центра Марьяновка по бредовым мотивам. После лечения в травматологическом отделении госпитализирована в стационар ОКПБ. В 2015 году пациент молодого возраста, состоящий на диспансерном наблюдении с диагнозом: Органическое расстройство личности, отравился карбамазепином в состоянии алкогольного опь-

янения. После проведения дезинтоксикации в условиях ЦРБ госпитализирован в стационар психиатрической больницы.

С 2015 года функционирует комиссия по профилактике суицидального поведения населения Марьяновского района, проводится мониторинг суицидальных попыток, выявляются лица, имеющие суицидальные намерения. Межведомственное взаимодействие помогает выявлять несовершеннолетних и семьи «группы риска», находящихся в социально опасном положении, принимаются меры по оказанию необходимой помощи этим людям.

Количество больных имеющих группу инвалидности за последние три года существенно увеличивается, это видно из таблицы 14. Более

высокий процент инвалидов с умственной отсталостью объясняется значительным количеством пациентов, получающих инвалидность в детском возрасте. Дети консультируются психолого-медико-педагогической комиссией, а также обследуются в ОКПБ. Отмечается рост количества больных пожилого возраста, имеющих инвалидность с диагнозом сосудистая деменция. Эти пациенты чаще всего имеют 1-ю группу инвалидности и лишены дееспособности. Налажена связь с бюро № 6 и № 21 МСЭ, все возникающие вопросы по оформлению документов на МСЭ решаются по телефону.

Таблица 13

Контингенты больных, страдающих психическими расстройствами, находящиеся на инвалидности

	2013		2014		2015	
	Всего	на 100 тыс.	Всего	на 100 тыс.	Всего	на 100 тыс.
Шизофрения и аффективные психозы	50	183,9	50	185,3	50	185,3
Умственная отсталость	135	496,6	144	533,8	146	541,2
Психические расстройства вследствие эпилепсии	16	58,8	16	59,3	18	66,7
Психические расстройства из других рубрик	11	40,4	17	63,0	24	88,9
Всего	219	805,9	227	841,6	238	882,3

Ежедневно на всех приемах пациентов, при беседе с их родственниками проводится пропаганда здорового образа жизни с уклоном на психопрофилактику. С целью улучшения качества оказания психиатрической и наркологической помощи проводятся семинары и занятия с врачами и медицинским персоналом ЦРБ. Фельдшерам и медицинским сестрам разъясняются основные симптомы психических расстройств, тактика поведения с психическими больными, методы оказания помощи пациентам в остром

психотическом состоянии. Это позволяет персоналу более профессионально владеть деонтологическими приемами в общении с больными, контролировать лечебный процесс, участвовать в решении социальных вопросов. В Марьяновском районе существует взаимосвязь между фельдшерами ФАПов, врачами амбулаторий, что положительно сказывается на информированности врача-психиатра о пациентах с психическими расстройствами.

Клиника психических расстройств

УДК 616.8-002.6-036.1

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОСИФИЛИСА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В.А. Охлопков¹, Ю.А. Новиков^{1,2}, Ю.Т. Игнатъев³, М.Б. Кидалов³, Е.Н. Кравченко¹¹ ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

² Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический кожно-венерологический диспансер»³ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница»

Аннотация. В статье описывается клинический случай прогрессирующего паралича у женщины 45 лет. Дано подробное описание клинической картины заболевания, приведены результаты лабораторных исследований. Рассмотрены вопросы тактики ведения больных нейросифилисом.

Ключевые слова. Нейросифилис. Прогрессирующий паралич. Нервная система. МРТ.

FEATURES OF THE COURSE OF NEUROSYPHILIS AT THE PRESENT STAGE: CLINICAL CASE.

Ohlopkov V.A., Novikov Y.A., Ignatiev Y.T., Kidalov M.B., Kravchenko E.N.

Resume. The article describes a medical case of progressive paralysis in 45 – year – old women. The detailed description of clinical picture of disease and the results of laboratory studies are given. Questions of tactics of medical examination patients with neurosyphilis are discussed.

Keywords. Neurosyphilis. Progressive paralysis. Nervous system. MRI.

Проблема сифилиса нервной системы является междисциплинарной и остается одной из важных в здравоохранении. Поражение центральной нервной системы при сифилисе часто имеет необратимый характер, влечет за собой потерю трудоспособности и наносит вред не только семьям больных, но и обществу в целом.

В прошлом больные нейросифилисом (НС) составляли 2/3 контингента неврологических стационаров [1]. С началом эры антибиотикотерапии случаи НС стали встречаться значительно реже, следствием чего было угасание интереса к этой проблеме. Однако с 90-х годов XX века, на фоне роста общей заболеваемости сифилисом, НС вновь заявил о себе. Определяющими причинами стали увеличение количества ВИЧ-инфицированных [2], применение дюранных препаратов пенициллина, не проникающих через гематоэнцефалический барьер [3]. В Российской Федерации это явилось прежде всего результатом эпидемии сифилиса в середине 90-х годов (заболеваемость сифилисом в 1997 г. составила 277,3 человека на 100 тыс. населения) [4], произошедшей на фоне дестабилизации социально-экономических условий. В настоящее время признаки инвазии *T. pallidum* в ЦНС отмечаются у 33 - 73% пациентов с ранними и поздними формами сифилиса [4]. Статистические данные по заболеваемости НС в Омской области в 2008-2014 гг. представлены на рис. 1.

По разному оценивается в последние десятилетия и характер поражения ЦНС при сифилисе. По мнению некоторых авторов [3], поражение нервной системы при сифилисе протекает со слабовыраженными клиническими проявлениями

или асимптомно и может быть идентифицировано только в результате исследования ликвора. Другие не находят отличий от его течения в доантибиотическую эру с развитием гемипарезов, параличей, эпилептиформных припадков, нарушений речи. Указывается так же и на преобладание у больных НС поражения органов зрения и слуха [4].

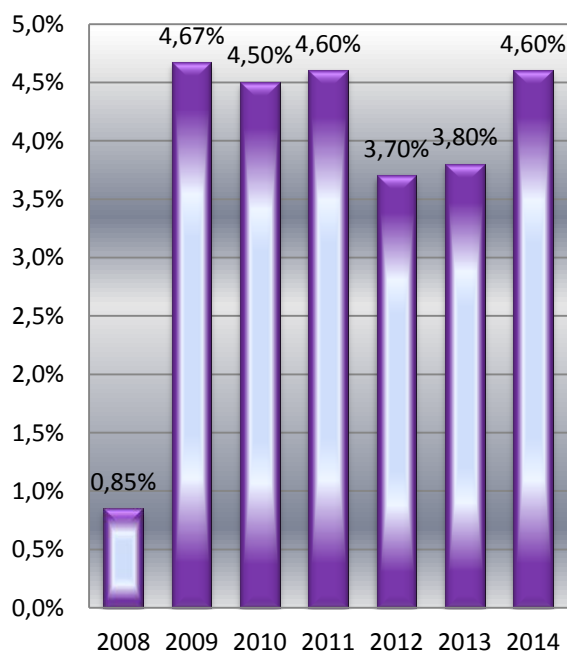


Рисунок. 1 Заболеваемость нейросифилисом в Омской области (2008-2014гг.)

Согласно современной Международной классификации болезней 10 – го пересмотра (МКБ – 10), НС рассматривается в следующих вариантах: клинически манифестный НС (А 52.1), асимптомный (А52.2), НС неуточненный (А 52.3). Эта классификация не адаптирована к существующей в нашей стране клинической классификации НС, учитывающей давность сифилитической инфекции, характер патоморфоза, ведущие клинические проявления изменений в нервной системе и подразделяющей НС на ранние и поздние формы [5].

В основе этих форм лежит единый динамический процесс с преобладанием тех или иных воспалительно - дистрофических явлений. При раннем НС поражается мезенхима мозговых оболочек и сосудов, а при позднем – паренхима –поражения нервных клеток, нервных волокон и глии. К ранним формам относятся случаи развития сифилиса нервной системы до 5 лет от начала заболевания, а к поздним – более давние. При этом известны случаи развития ранних форм НС через 5 лет с момента заболевания, а спинной сухотки и прогрессивного паралича – в относительно раннем периоде [6].

Прогрессивный паралич представляет собой хронический прогрессирующий менингоэнцефалит, развивающийся постепенно с пиком заболеваемости в 10 – 20 лет после инфицирования у 3-5% больных сифилисом. Чаще всего заболевают мужчины в возрасте 30-45 лет.

В основе прогрессивного паралича лежит поражение вещества головного мозга, чаще в области передней коры, возникающее на почве воспалительных изменений мелких сосудов, главным образом капилляров головного мозга, а также мозжечка и центрального серого ядра. В результате дегенеративные изменения приводят к атрофии клеток, целых клеточных слоев, преимущественно в коре головного мозга, что проявляется в истончении извилин [7].

Клиническая картина прогрессивного паралича складывается из нарушений психики, различных неврологических симптомов и данных лабораторного исследования.

В начальной стадии наблюдаются расстройства психики, которые почти всегда сопровождаются положительными стандартными серологическими реакциями крови (95-98% случаев) и ликвора (100% случаев); неврологические симптомы могут появиться позже.

К ранним психическим характеристикам симптомов относятся: изменение личности, нарушение памяти, счета, письма, речи. В начальной стадии прогрессивного паралича психические нарушения выражены нерезко и могут напоминать клинику алкогольной энцефалопатии.

К неврологическим симптомам относятся зрачковые расстройства, симптом Аргайла – Робертсона, нарушение чувствительности и двигательной сферы, эпилептиформные припадки,

анизорефлексия.

В манифестирующем периоде заболевания отмечаются полный распад личности, деградация, резко выраженное прогрессирующее слабоумие, различные формы бреда, галлюцинации, кахексия [7,8].

В заключительной стадии развития различают четыре формы прогрессивного паралича: дементную, экспансивную, ажитированную и депрессивную.

Дементная форма клинически проявляется апатией, снижением интеллекта, а затем прогрессирующей деменцией. Экспансивная форма характеризуется эйфорией, бредом величия, психомоторной активностью с постепенным распадом психики, а ажитированная форма близка к экспансивной, но выражается склонностью к разрушительным поступкам. Для депрессивной формы характерны подавленность, тревога и ипохондрический бред.

Заболевание имеет неуклонно прогрессирующее течение и заканчивается летально без лечения через 3-5 лет [7,8].

Далее представлен клинический случай прогрессивного паралича у молодой женщины, находившейся на лечении в венерологическом отделении БУЗОО «ККВД».

Пациентка С., 45 лет находилась на стационарном лечении в венерологическом отделении БУЗОО «ККВД» с диагнозом: Нейросифилис с симптомами. Прогрессивный паралич (А 52.1), с 15.01.16. по 08.02.16. (I курс лечения) и с 24.02.16 по 09.03.16 (II курс лечения).

Жалобы при поступлении: на снижение памяти, лабильность настроения, раздражительность, плаксивость.

Anamnesis morbi: Считает себя больной около 4-5 месяцев, когда впервые стала отмечать снижение настроения, плаксивость, раздражительность, в связи с чем обратилась к неврологу по месту жительства. Впервые больная была выявлена по положительному результату крови на сифилис при обследовании неврологом поликлиники МСЧ № 9 для плановой госпитализации в стационар. Консультирована дерматовенерологом п/о № 5 БУЗОО «ККВД». Направлена в венерологическое отделение БУЗОО «ККВД» для дообследования и лечения.

Anamnesis vitae: Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Хронические соматические заболевания: не обследована. Травмы: ЗЧМТ в 1989 г. Операций, гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не знает. Менопауза 5 месяцев. Беременность 1, выкидыш 1. Образование средне-специальное. Не замужем. Не судима. Не донор. Курит. Алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотиков отрицает.

Status praesens: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное.

Телосложение правильное. Питание достаточное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 68 уд. в мин. АД 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Следов от внутривенных инъекций нет. Перинальная область без особенностей.

Status specialis: Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, свободны от специфических высыпаний.

Status genitalis: Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Большие и малые половые губы, уретра, бартолиниевы железы не воспалены, свободных выделений нет. Слизистая влагалища, шейки матки без воспалительных явлений, выделения в сводах белесоватые, умеренные. Придатки не пальпируются.

Осмотр специалистов.

Невролог. Неврологический статус: объективно сознание ясное, контактна. Плохо ориентируется в окружающем пространстве и времени. Менингеальные симптомы отсутствуют. Мышечный тонус понижен. Зрачки: D=S. При исследовании реакции зрачков на свет отмечается симптом Аргайла – Робертсона. Черепные

нервы без патологии. Глубокие рефлексы на руках D>S средней живности. Коленные D>S оживленные. Ахилловы D>S средней живности. Чувствительность: четких расстройств поверхностной и болевой чувствительности не выявлено. В позе Ромберга неустойчива, сенситивная атаксия. Диагноз: Нейросифилис с множественными симптомами. Прогрессивный паралич.

Терапевт. специфической патологии не выявлено. **Окулист.** Специфической патологии не выявлено.

Данные лабораторных исследований:

Общеклинические методы исследования патологии не выявили.

ИФА на сифилис (суммарные антитела) от 04.01.16. положит.

ИФА IgM отриц., **ИФА IgG** + (1:5120) от 04.01.16.

РМП от 04.01.16. 3+ (1:8)

РИФ от 11.01.16. 3+ (1:400)

РПГА от 18.01.16. 4+ (1:10240)

Ликвор от 21.01.16.: уд. вес 1009, прозр., бесцв., pH 7,3, белок 0,3 г/л, цитоз 17 в ммЗ, р-ия Нонне-Апельта +, РМП 1+ (1:2), ИФА IgM отриц., IgG + (1:256), РИФц 4+, РПГА 4+ (1:1024).

Данные инструментальных исследований.

Магнитно – резонансная томография головного мозга от 31.10.2015г. – рисунок 2.

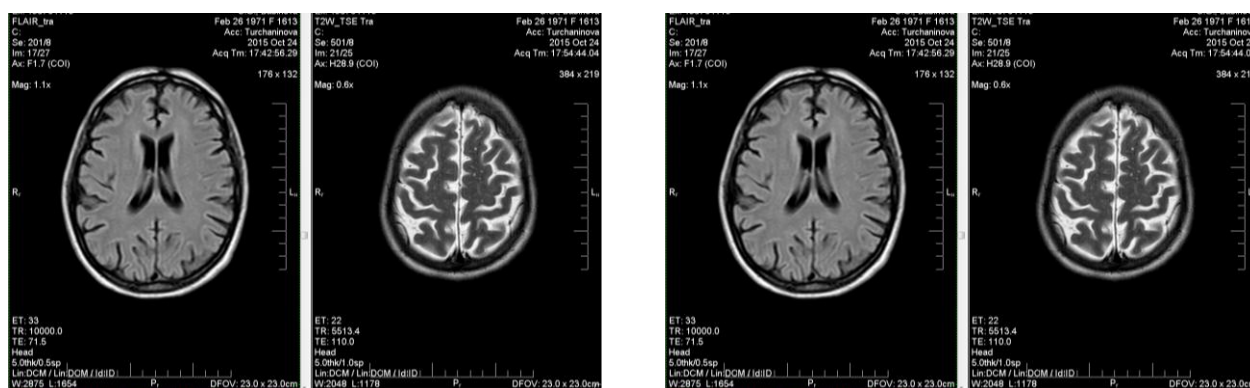


Рисунок 2. МРТ головного мозга пациентки с нейросифилисом. Проявление сосудистой энцефалопатии. T2-взвешенные изображения в аксиальной и коронарной проекциях. Расширены боковые желудочки. Расширены субарахноидальные пространства полушарий головного мозга, расширены латеральные борозды. Признаки церебральной субатрофии

Больной было назначено специфическое лечение: пенициллина натриевая соль по 12 млн. ЕД в 400 мл физ. р-ра капельно через 12 часов в течение 14 дней и через 2 недели повторный курс в той же дозировке. Для превенции обострения психотической симптоматики на фоне специфического лечения в начале терапии пациентка получал дексаметазон по 0,008 в/м 1 раз в день №3. Пациентка находится на клинико – серологическом контроле.

Заключение. В настоящее время в связи с увеличением частоты поздних форм сифилиса и тенденций к нарастанию уровня заболеваемости нейросифилисом внимания требует соблю-

дение алгоритма клинико-лабораторного обследования пациентов дерматовенерологических, неврологических, психиатрических стационаров при наличии у них нарушений функции центральной и периферической нервной системы, органов зрения и слуха, независимо от давности предполагаемого заражения. Поскольку нейросифилис является междисциплинарной проблемой, необходимо комплексное клинико-инструментальное обследование пациентов с участием врачей разного профиля: дерматовенерологов, неврологов, психиатров, наркологов, офтальмологов и тд.

Литература

1. Венерические болезни: Руководство для врачей / Под ред. О. К. Шапошникова. - Москва : М-на, 1991. – 180 – 184 с.
2. Кулагин В. И. Проблема сифилиса центральной нервной системы / В. И. Кулагин, Г.А. Селицкий, П.Г. Богуш // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – № 2. – С. 63–66.
3. Лосева О.К. Современные проблемы ведения больных нейросифилисом / О.К. Лосева [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2007. № 4. – С. 51–53.
4. Родиков М.В. Нейросифилис: от диагноза к лечению часть I. Эпидемиология, патогенез, клиника / О.К. Лосева В.И. Прохоренков // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. № 1. – С. 28–34.
5. Соловых Н.Н. Нейросифилис: наблюдения из практики последних лет / Н.Н. Соловых, В.Ф. Оркин, А.И. Завьялова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2004. № 5. – С. 31–35.
6. Сурганова В.И. Верификация диагноза «нейросифилис» в практике дерматовенеролога / В.И. Сурганова [и др.] // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2009. № 2. – С. 25–31.
7. Luo W. The Clinical Analysis of General Paresis with 5 Cases // W. J. Luo // Neuropsychiatry Clin. Neurosci. – 2008. – Vol. 20, №4. – P. 490–493.
8. Marra C.M. Syphilis and Human Immunodeficiency Virus: Pivention and Politics / C.M. Marra // Arch Neurol. – 2004. № 4. – P. 1505–1508.

УДК 616.89

ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ: ОТ П.Б. ГАННУШКИНА К DSM-5

Федотов И.А.¹, Тучина О.Д.²

¹ Кафедра психиатрии

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Минздрава России, Рязань

² Кафедра психотерапии и медико-социальной реабилитации в наркологии

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва

Аннотация. В статье проведены параллели между классическими критериями психопатии П.Б. Ганнушкина и современными общими критериями личностных расстройств в DSM-5, а также представлены в профессиональном рецензируемом переводе критерии отдельных видов личностных расстройств, которые предлагаются для использования в современных научных исследованиях.

Ключевые слова. Личностные расстройства.

THE DIAGNOSIS OF PERSONALITY DISORDERS: FROM P. B. GANNUSHKIN TO DSM-5

Fedotov I.A., Tuchina O.D.

Resume. In this article described parallels between the classical P.B. Gannushkin's criteria of psychopathy and modern general criteria for personality disorders in DSM-5. Also in this article presented criteria of different types of personality disorders in peer-reviewed professional translation to Russian, which are offered for use in modern scientific research.

Keywords. Personality disorders.

Личностные расстройства (ЛР) сохраняют свою актуальность для психиатрии в современных условиях. По данным последних эпидемиологических исследований встречаемость данных расстройств составляет 10,6%, т.е. приблизительно у каждого десятого человека [4]. При этом данные пропорции не зависят от страны проживания респондентов [3].

Концепция психопатии

Как известно, в настоящее время в диагностике ЛР преобладает описательный метод, концептуальные основы которого заложил известный российский психиатр, уроженец Рязанской области Петр Борисович Ганнушкин (1875 – 1933). Для определения крайних степеней личностных отклонений он предложил особый термин – *психопатия*, под которым понимал состояния, когда «... личности, с юности, с момента формирования представляющие ряд осо-

бенностей, которые отличают их от так называемых нормальных людей и мешают им безболезненно для себя и для других приспособляться к окружающей среде» [1]. Описанные им критерии психопатий сохраняют свою актуальность до настоящего времени (цит. по Ганнушкин П.Б., 1933):

1) **«тотальность личностного уродства»** - подразумевает задействованность всех психических функций («...речь идет о таких чертах и особенностях, которые более или менее определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный уклад свой властный отпечаток, ибо существование в психике того или иного субъекта вообще каких либо отдельных элементарных неправильностей и уклонений еще не дает основания причислять его к психопатам»);

2) **относительная стабильность** - на протяжении жизни не происходит резких личност-

ных изменений («...патологические свойства представляют собой постоянные, врожденные свойства личности, которые хотя и могут в течение жизни усиливаться или развиваться в определенном направлении, однако обычно не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям»);

3) **дезадаптация** - степень выраженности личностной патологии ставит психопата на грань душевного заболевания и приводит к социальной дезадаптации («...психопатические личности – это такие ненормальные личности, от ненормальности которых страдают или они сами, или общество»);

4) **критерий врожденности или ранней приобретенности** - указывает на раннее детское происхождение патологии («... психопатии – это формы, которые не имеют ни начала, ни конца»).

Общие критерии ЛР в DSM-5

Среди современных классификаций ЛР наиболее часто используемым является *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), разрабатываемое Американской психиатрической ассоциацией и в 2013 году выпущенное в 5 пересмотре (DSM-5) [2]. В нем приведены общие критерии ЛР, которые во многом являются продолжением идей П.Б. Ганнушкина:

А. Стойкий личностный паттерн внутреннего опыта и поведения, который заметно отклоняется от норм культуры, в которой проживает индивид. Этот паттерн проявляется в двух (или более) из следующих областей:

1. Мышление (т. е. способы восприятия и интерпретации себя, других людей и событий).
2. Эмоциональность (т. е. диапазон, интенсивность, лабильность и адекватность эмоциональных реакций).
3. Межличностное функционирование.
4. Контроль импульсов.

В. Стойкий личностный паттерн является ригидным и носит первазивный характер, распространяясь на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций.

С. Стойкий личностный паттерн, приводящий к клинически значимому дистрессу или ухудшению в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Д. Личностный паттерн является стабильным в течение длительного срока, а его начало можно проследить, по крайней мере, в подростковом возрасте или раннем взрослом возрасте.

Е. Стойкий личностный паттерн не может трактоваться как проявление или последствие других психических расстройств.

Ф. Стойкий личностный паттерн не связан с физиологическим эффектом употребления какого-либо вещества (например, наркотика, лекар-

ства) или другого заболевания (например, травмы головы).

Отдельные виды ЛР в DSM-5

Отдельные виды ЛР разделены в DSM-5 на три основных кластера на основании выделения схожих описательных характеристик. Далее приведены критерии, подготовленные профессиональным медицинским переводчиком и рецензированные психиатром и психологом:

Кластер А (странное и/или эксцентричное поведение)

1. Параноидное ЛР

1. Испытывают безосновательные подозрения, что окружающие эксплуатируют, обманывают их или причиняют им вред.
2. Озабочены безосновательными сомнениями в лояльности или надежности друзей или коллег.
3. Неохотно открываются окружающим из-за необоснованного страха, что информация будет умышленно использоваться против них.
4. Находят скрытые оскорбления или угрозы в безобидных замечаниях или событиях.
5. Злопамятны (т. е. не прощают обид, нанесенный вред или неуважение).
6. Замечают даже незаметные для окружающих посягательства на свою личность или репутацию, и в таких случаях стремительно реагируют гневом или прибегают к контратаке.
7. Постоянно без оснований подозревают супруга/у или сексуального партнера в измене.

2. Шизоидное ЛР

1. Не стремятся к созданию и не получают удовольствия от близких взаимоотношений, в том числе семейных.
2. Почти всегда выбирают деятельность в одиночестве.
3. Имеют небольшое, если вообще имеют, стремление к сексуальным отношениям с другим человеком.
4. Получают удовольствие от очень небольшого количества занятий, если таковые вообще имеются.
5. Не имеют близких друзей или доверенных лиц, помимо ближайших родственников.
6. Внешне равнодушны к похвале или критике со стороны окружающих.
7. Проявляют эмоциональную холодность, отрешенность или уплощение.

3. Шизотипическое ЛР

1. Имеют сверхценные идеи отношения (кроме бреда отношения).
2. Имеют странные убеждения или «магическое» мышление, которые влияют на поведение и не соответствуют субкультурным нормам (например, вера в сверхъестественное, ясновидение, телепатию или «шестое чувство»; у детей и подростков - причудливые фантазии или страхи).

3. Испытывают необычные телесные ощущения, включая телесные иллюзии.

4. Характерны странное мышление и речь (например, расплывчатость, акцент на несущественном, метафоричность, чрезмерная обстоятельность или стереотипия).

5. Подозрительны или имеют параноидальные идеи.

6. Характерны неадекватные или бедные эмоциональные реакции.

7. Ведут себя или выглядят странно, эксцентрично или специфически.

8. Не имеют близких друзей или доверенных лиц, помимо ближайших родственников.

9. Характерна чрезмерная социальная тревожность, которая не уменьшается со временем и ассоциируется скорее с параноидальными страхами, чем с отрицательными убеждениями о самом себе.

Кластер В (импульсивность, эмоциональность, драматичность)

1. Антисоциальное ЛР

1. Неспособны соответствовать социальным нормам в отношении законопослушного поведения, что подтверждается неоднократным совершением действий, которые являются поводом для ареста.

2. Склонны к обману, что подтверждается повторяющейся ложью, использованием вымышленных имен или мошенническими действиями в отношении окружающих ради личной выгоды или удовольствия.

3. Импульсивны или неспособны планировать наперед.

4. Раздражительны и агрессивны, что подтверждается неоднократным участием в драках или нападениях.

5. Безрассудно пренебрегают собственной безопасностью или безопасностью окружающих.

6. Систематически проявляют безответственность, что подтверждается периодическим невыполнением профессиональных или финансовых обязательств.

7. Характерно отсутствие раскаяния, что подтверждается равнодушным отношением или рационализацией таких собственных поступков в отношении других людей, как: причинение вреда, жестокое обращение или кража.

2. Пограничное ЛР

1. Готовы к отчаянным действиям, чтобы избежать реальной или воображаемой заброшенности. (Примечание: кроме суицидального или самоповреждающего поведения, описываемого в Критерии 5).

2. Склонны к нестабильным и напряженным межличностным отношениям, характеризующимся балансированием между двумя крайностями – идеализацией и обесцениванием.

3. Имеют нарушение идентичности: ярко выраженная и персистирующая неустойчивость образа «Я» или чувства «Я».

4. Импульсивное поведение, по меньшей мере, в двух областях, которые имеют аутоагрессивный потенциал (например, денежные траты, секс, злоупотребление химическими веществами, рискованное вождение, переедание). (Примечание: кроме суицидального или самоповреждающего поведения, описываемого в Критерии 5).

5. Характерно периодически повторяющиеся суицидальное поведение, поступки или угрозы, либо самоповреждения.

6. Присуща нестабильность аффекта в силу выраженной реактивности настроения (например, бывают эпизоды выраженной дисфории, раздражительности или тревоги, длящиеся, как правило, несколько часов и, в очень редких случаях, нескольких дней).

7. Испытывают хроническое чувство «внутренней пустоты».

8. Склонны к неадекватному, сильному гневу или с трудом контролируют гнев (например, частые вспышки гнева, постоянная озлобленность, повторяющиеся драки).

9. Имеют транзиторные, связанные со стрессом параноидальные мысли или тяжелые диссоциативные симптомы.

3. Истерическое ЛР

1. Испытывают дискомфорт в ситуациях, в которых они не находятся в центре внимания.

2. Взаимодействие с окружающими часто характеризуется неадекватным сексуальным соблазняющим или провокационным поведением.

3. Демонстрируют быструю смену и поверхностность эмоций.

4. Систематически используют собственную внешность для привлечения к себе внимания.

5. Характерна чрезмерно эмоциональная, но ограниченная в деталях, речь.

6. Склонны к рисователству, театральности и преувеличенному выражению эмоций.

7. Высоко внушаемы (т. е., легко поддаются влиянию окружающих или обстоятельств).

8. Склонны переоценивать интимность отношений.

4. Нарциссическое ЛР

1. Имеют грандиозное чувство собственной важности (например, преувеличивают свои достижения и таланты, рассчитывают быть признанными на высшем уровне, не имея при этом соответствующих достижений).

2. Поглощены фантазиями о неограниченном успехе, власти, блеске, красоте или идеальной любви.

3. Считают, что являются «особенными» и уникальными, что их могут понять (либо что им следует общаться) только особые или высоко-статусные люди (или учреждения).

4. Требуют чрезмерного восхищения.

5. Чувствуют, что наделены «особым правом» (т. е. имеют необоснованные ожидания, что лечение будет особенно эффективным или будет в

точности (автоматически) соответствовать их ожиданиям).

6. Склонны к межличностной эксплуатации: используют других для достижения своих собственных целей.

7. Характерно отсутствие эмпатии: не желают признавать или идентифицировать себя с чувствами и потребностями других людей.

8. Часто завидуют другим людям или считают, что другие завидуют им.

9. Демонстрируют высокомерное, надменное поведение или отношение.

Кластер С (тревога, боязливость, нерешительность)

1. Тревожное ЛР

1. Избегают профессиональной деятельности, которая предполагает существенный межличностный контакт из-за страха перед критикой, неодобрением или отвержением.

2. Не готовы строить отношения с людьми, пока не убедятся, что нравятся им.

3. Показывают сдержанность в близких отношениях из-за страха быть опозоренными или высмеянными.

4. Поглощены мыслями о том, что могут подвергнуться критике или быть отвергнутыми в присутствии других людей.

5. Чувствуют себя скованно в новых ситуациях межличностного взаимодействия из-за чувства неполноценности.

6. Считают себя социально некомпетентными, непривлекательными, или значительно уступающими другим людям.

7. Как правило, очень неохотно идут на риск или берутся за новый вид деятельности, поскольку существует вероятность, что это может привести к возникновению чувства стыда.

2. Зависимое ЛР

1. Испытывают трудности при принятии повседневных решений в отсутствие чрезмерного количества советов и уверений от окружающих.

2. Нуждаются в том, чтобы другие брали на себя ответственность за большинство основных областей их жизни.

3. Им трудно выражать несогласие с другими людьми из-за страха потерять их поддержку или одобрение (Примечание: за исключением реалистичных страхов возмездия).

4. Им трудно инициировать проекты или заниматься чем-то самостоятельно (ввиду отсутствия уверенности в своих суждениях или способностях, а не из-за недостатка мотивации или энергии).

5. Готовы на все, чтобы добиться опеки и поддержки от окружающих, вплоть до того, что добровольно соглашаются делать неприятные вещи.

6. Испытывают дискомфорт или беспомощность в ситуации одиночества из-за преувеличенных страхов о том, что не смогут о себе позаботиться.

7. В случае завершения близких отношений срочно начинают искать новые как источник заботы и поддержки.

8. Чрезмерно обеспокоены нереалистичными страхами о том, что их покинут, и придется самостоятельно заботиться о себе.

3. Обсессивно-компульсивное ЛР

1. Поглощены деталями, правилами, списками, порядком, организацией или графиками до такой степени, что основной смысл деятельности теряется.

2. Демонстрируют перфекционизм, который мешает выполнить задачу (например, не могут завершить проект, поскольку не соблюдаются их собственные слишком строгие стандарты).

3. Чрезмерно преданны работе и продуктивности, вплоть до отказа от отдыха и дружеских отношений (что не объясняется очевидной экономической необходимостью).

4. Слишком добросовестные, щепетильные и негибкие о вопросах морали, этики и принятии решений (что не объясняется их культурной или религиозной идентификацией).

5. Не способны выбросить изношенные или негодные вещи, даже если они не имеют для них сентиментального значения.

6. Не хотят делегировать задачи или работать с другими людьми, если последние не согласны точно следовать их инструкциям.

7. Очень скупы в тратах на себя и других; деньги рассматриваются как что-то, что нужно обязательно копить на случай будущих катастроф.

8. Демонстрируют ригидность и упрямство.

Таким образом, можно заключить, что идеи диагностики ЛР, заложенные П.Б. Ганнушкиным в начале 20 века, продолжают свое развитие и в современных диагностических системах, хотя, зачастую, в них сложно найти ссылки на первоисточник. Представленные в профессиональном рецензируемом переводе критерии отдельных видов ЛР предлагаются для использования в современных научных исследованиях.

Литература

1. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии. Их статика, динамика, систематика [Текст] / П.Б. Ганнушкин. - М.: Кооперативное изд-во «Север», 1933. - 142 с.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5). - NY: American Psychiatric Association, 2013.
3. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys [Текст] / Y. Huang [et al.] // Br. J. Psychiatry. - 2009. - Vol. 195. - P. 46-53.
4. Lenzenweger M.F. Epidemiology of personality disorders [Текст] / M.F. Lenzenweger // Psychiatr. Clin. North. Am. - 2008 - Vol. 31(3). - P. 395-403.

ВИДЫ СТРЕССОГЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК

Ю.В. Кузнецова, Л.В. Моор

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

Аннотация. Проведено исследование специфики стрессогенных расстройств и соответствующих им нарушений адаптации у мужчин и женщин. У мужчин преобладали хронические, умеренно выраженные психогении, преимущественно связанные с серьезными материальными трудностями, которые могли или уже привели к потере прежнего социального статуса, ухудшению уровня жизни семьи. У женщин с хроническими психогениями и расстройством адаптации достаточно часто (71 %) удавалось выявить наличие глубинных психотравм, наследственной отягощенности по психическим заболеваниям, сопутствующей соматической и неврологической патологии

Ключевые слова. Стрессогенные воздействия, расстройства адаптации

TYPES OF IMPACTS STRESSORS AND CLINICAL FEATURES OF DISORDERS ADAPTATION TO DIFFERENT GENDER CHARACTERISTICS

Kuznetsova Y.V., Moore L.V.

Resume. A study of the specificity of stress disorders and the appropriate adaptation of their disorders in men and women. The men prevailed chronic, moderately expressed psychogenic, mainly associated with serious financial difficulties that could or have already led to the loss of former social status, deterioration of family life. Women with chronic psychogenic disorder and adapt quite often (71%) able to detect the presence of deep psihotravn, family history on mental illness, concomitant somatic and neurological disorders

Keywords. Stressogenic exposure, adjustment disorder.

Развитие современного общества сопровождается неуклонным ростом непредсказуемых стрессовых влияний, что приводит к увеличению случаев психогенных заболеваний среди населения. При этом спектр расстройств психики, вызванных стрессовыми событиями, определяется взаимодействием ряда факторов, к которым относятся преморбидные личностные характеристики, характер психогении, особенности микро- и макросоциального окружения.

Целью данного исследования являлось изучение характера психогенных воздействий и клинических особенностей расстройств адаптации в зависимости от гендерных характеристик.

Для достижения поставленной цели нами было проведено клинко-психопатологическое исследование 25 пациентов с диагностированной смешанной тревожной и депрессивной реакцией в рамках расстройств адаптации (F43.22), проходивших стационарное лечение в психиатрическом отделении непсихотических расстройств № 1 БУЗ ОО «Клинической психиатрической больницы им. Н. Н. Солодникова» в период с 2010 по 2011 г. Среди обследованных мужчины составили 24 % (n=6), женщины – 76 % (n=19), средний возраст на момент манифестации расстройств – 47,9±3,7 года.

Психогении были разделены согласно шкале выраженности психотравмирующих воздействий следующим образом. По длительности: на острые, длящиеся менее 6 месяцев; хрониче-

ские – продолжительностью более 6 месяцев. По силе воздействия: на экстремальные (смерть супруга, серьезные соматические заболевания, нападение с угрозой для жизни), выраженные (развод, бедность) и умеренные (потеря работы, серьезные финансовые затруднения, разлад в семье). В соответствии с классификацией В. Я. Семке (2003) среди психогений были выделены фасадные, которые послужили непосредственной причиной возникновения заболевания и тесно связанные с жалобами пациента и его переживаниями в настоящем; глубинные – психотравмирующие ситуации, изменившие жизненный стереотип, сохранившие актуальность и эмоциональную окраску до настоящего времени.

Хронические психотравмы были выявлены у 5 (67 %) мужчин и 10 (63 %) женщин; острые – у 1 (33 %) мужчины и 9 (37 %) женщин. Острые психогении у женщин были преимущественно экстремальными (n=8; 89 %). Так, у 7 (87,5 %) пациенток заболевание дебютировало после смерти либо самоубийства близкого родственника (супруга, ребенка, родителя), у 1 (12,5 %) – в результате сексуального насилия. Выраженная психогения отмечалась лишь у 1 (11 %) из 9 пациенток (внезапная угроза тюремного заключения супруга). У мужчин острые психогении были представлены только 1 (16 %) случаем из 6, в котором заболевание было спровоцировано экстремальным воздействием (смерть дочери).

При воздействии острых психотравм наблюдалось либо постепенное развитие психопатологической симптоматики в течение нескольких недель или месяцев, что являлось характерным для женщин, либо тревожно-депрессивные расстройства возникали остро, в течение нескольких часов или дней после стрессогенного события (100 % мужчин, 78 % женщин).

У всех пациентов этой группы психотравма, вызвавшая заболевание, была единственной, а психотравмирующие ситуации были завершены, т. е. на момент госпитализации прекратили свое действие. Глубинные психогении (развод родителей, конфликты в родительской семье, алкоголизм родителей) имели место только у 2 (22 %) пациенток, в тех случаях, когда заболевание возникло после сексуального насилия и при внезапной угрозе тюремного заключения супруга. Для остальных пациентов (78 % женщин и 100 % мужчин), у которых общей причиной заболевания была смерть супруга, близкого родственника, наличие глубинных психогений не прослеживалось. Сопутствующие соматические и неврологические заболевания (сосудистые, посттравматические энцефалопатии, артериальная гипертензия, ИБС), которые могли быть дополнительным фактором риска возникновения заболевания, выявлены только у женщин (44 %). Наследственная отягощенность наблюдалась только в 1 случае – у женщины (алкоголизм отца), что в свою очередь являлось глубинной психогенией. Средний койко-день у женщин с острыми психогениями составил 62,6 дня (включая долечивание по режиму дневного стационара), у мужчин – 55 дней. Пациенты с хроническими психогениями разделились следующим образом: 5 мужчин (34 %) и 10 женщин (66 %).

У всех мужчин психогении были умеренными по силе воздействия, их особенностью было то, что они не разрешались в течение длительного времени, сохранялись на момент госпитализации и после выписки из стационара. У всех мужчин этой группы психотравмы были связаны со значительными финансовыми затруднениями, конфликтами на производстве, трудноразрешимыми проблемами в бизнесе, угрозой банкротства. Все мужчины состояли в браке, им было необходимо обеспечивать семью, у 2 (40 %) пациентов дополнительной психотравмирующей ситуацией было наличие постоянных внутрисемейных конфликтов, которые были вызваны материальными проблемами. У мужчин этой группы был самый высокий койко-день (80,8) по сравнению с другими группами пациентов. Всем пациентам потребовалось долечивание в условиях дневного стационара, 1 (20 %) мужчина госпитализировался дважды за 2 года. У большинства мужчин (3 – 60 %) отмечалось наличие соматической и неврологической патологии, служившее дополнительным

фактором, способствующим возникновению заболевания. Наследственность, отягощенная по психическим расстройствам, отмечалась у 2 (40 %) обследуемых, глубинная психотравма – у 1 (20 %).

Хронические психогении у женщин были представлены выраженными стрессовыми событиями (n=3; 30 %) и умеренными психогениями (n=7; 70 %). Выраженным стрессогенным действием в данном случае обладали ситуации развода, которые выявлялись у всех женщин этой группы. Кроме того, анамнестические сведения свидетельствовали о наличии глубинных психогений в виде дефектов воспитания, развода родителей или ранней потери родителей.

Психопатологически отягощенную наследственность и сопутствующие соматические заболевания удалось выявить только у 1 пациентки. Умеренные психогении включали в себя длительные внутрисемейные конфликты, супружескую неверность, материальное неблагополучие. Наиболее частой причиной возникновения болезни являлось сочетание причин, например, семейно-бытовых проблем и финансовых затруднений (n=5; 71 %). У 3 (42 %) из них ситуации длительно не разрешались, сохранялись и после выписки из стационара. Глубинные психогении были выявлены у 5 (71 %) пациенток, наследственная отягощенность по психическим и наркологическим заболеваниям – у 5 (71 %), сопутствующие заболевания – у 5 (71 %) обследованных. Так, у 1 пациентки имело место сочетание данных преморбидных факторов, облегчая возникновение заболевания. Продолжительность госпитализаций у пациенток с хроническими психогениями в среднем составила 63,1 койко-дня, 50 % пациенток долечивалась в условиях дневного стационара.

Клиническая картина у всех пациентов была представлена следующими симптомами: сниженное настроение, снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями, тревога, плаксивость, раздражительность, снижение энергии и повышенная утомляемость, апатия, снижение повседневной активности, работоспособности, сопровождающаяся нарушениями сна и аппетита. Все пациенты были фиксированы на психотравмирующей ситуации, данные переживания постоянно звучали в высказываниях пациентов. Удалось выявить следующие различия в клинической картине депрессии у мужчин и женщин. Так, чувство собственной несостоятельности, никчемности чаще встречалось у мужчин (83 %), чем у женщин (26 %). У женщин (n=8; 42 %) в сравнении с мужчинами (n=1; 16 %) преобладали соматовегетативные и ипохондрические расстройства, которые проявлялись в виде нестабильности артериального давления, нарушения сердечного ритма, головных болей, головокружения, тошноты, ипохондрических

страхов. У пациентов с длительно неразрешенными психотравмирующими ситуациями (n=5; 83 % мужчин и n=4; 21 % женщин) длительно сохранялась субдепрессивная симптоматика в виде астении, пессимистического видения своего будущего, неустойчивого фона настроения.

Таким образом, в ходе исследования были выявлены следующие различия в характере психогений, особенностях клиники заболевания у мужчин и женщин. У мужчин преобладали хронические, умеренно выраженные психогении, преимущественно связанные с серьезными материальными трудностями, которые могли или уже привели к потере прежнего социального статуса, ухудшению уровня жизни семьи. У

женщин с хроническими психогениями и расстройством адаптации достаточно часто (71 %) удалось выявить наличие глубинных психотравм, наследственной отягощенности по психическим заболеваниям, сопутствующей соматической и неврологической патологии по сравнению с другими группами. Имелись различия в клинических проявлениях заболевания, в частности у мужчин депрессия была более тяжелой и сопровождалась чувством собственной никчемности, несостоятельности, у женщин тревожно-депрессивные состояния сочетались с соматовегетативными и ипохондрическими расстройствами и являлись менее выраженными.



Семке В.Я., Аксенов М.М.,
Савиных А.Б., 1995

Варианты психоадаптационных и психодезадаптационных состояний

<u>Симптомы</u>	<u>Астенический</u>		<u>Дистимический</u>	<u>Психовегетативный</u>
Облигатные	Физическая слабость, снижение физического тонуса	Психическая слабость, снижение внимания	Аффективные нарушения, гипертимия	Психическая слабость, снижение внимания
Факультативные	Цефалгия, расстройства сна	Снижение памяти, расстройства идеаторной деятельности, расстройства психомоторных функций	Гипотимия, тревога, дисфория	Нарушение ритма сна и бодрствования, вазомоторная лабильность, вегеталгии
Динамика ПДАС	Неврастеноподобное	Церебрастеническое	Астено-субдепрессивное, тревожно-дистимическое	Дизэнцефалоподобное, психопатоподобное

Возрастные аспекты психиатрии

УДК 159.922.77

ПРИЧИНЫ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Т.Г. Плетнева¹, Ю.В. Дроздовский²¹БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет»

Аннотация. Исследованы причины и условия развития школьной дезадаптации и пограничных психических расстройств у 155 детей/подростков (108 мальчиков, 47 девочек), проходивших лечение в психиатрическом дневном стационаре для детей и подростков в период с 2012 по 2015 г. Наследственная отягощённость по невроно-психическим заболеваниям в нашем исследовании наблюдается у 50% пациентов независимо от пола. У 147 пациентов (94,8%) отмечались резидуально-органические проявления. Соматическая ослабленность встречалась у 95 детей/подростков (61,3%). Проведён анализ социально-психологических влияний: состава семьи, типов воспитания в различных семьях, образовательный уровень родителей и их занятость. Показано, что пограничные психические расстройства у детей/подростков, обнаруживших проявления школьной дезадаптации формируются на основе сложных патогенетических механизмов: биологических (органических) и психогенных (невротических) механизмов, от которых зависит выбор лечебно-реабилитационных и профилактических программ.

Ключевые слова. Школьная дезадаптация, пограничные психические расстройства у детей и подростков.

CAUSES AND CONDITIONS OF SCHOOL DYSADAPTATION DEVELOPMENT AND BORDERLINE MENTAL DISORDERS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

T.G. Pletneva, Y.V. Drozdovsky

Resume. The reasons and conditions of development school dysadaptation and borderline mental disorders of 155 children / adolescents (108 boys, 47 girls), who were treated in a psychiatric day hospital for children and adolescents between 2012 and 2015 were investigated. Hereditary burdened by neuro-psychoiatric disorders was observed in 50% of patients. 147 patients (94.8%) had residual-organic manifestations. Somatic weakening occurred in 95 children / adolescents (61.3%). The analysis of social and psychological influences was organized. It included family composition, education of different types of families, the educational level of parents and their employment. It was demonstrated that the borderline mental disorders of children / adolescents with sings of school dysadaptation were formed on the basis of complex pathogenetic mechanisms: biological (organic) and psychogenic (neurotic) mechanisms. These mechanisms determine the choice of treatment and rehabilitation and prevention programs.

Keywords. School dysadaptation, borderline mental disorders in children and adolescents.

Показатели здоровья детей и подростков являются наиболее чувствительным индикатором социально-экономического развития общества. Устойчивую тенденцию к ухудшению психического здоровья детей и подростков отмечают многие отечественные авторы. Актуальность изучения взаимоотношения и взаимовлияния микросоциально - средовых, конституционально - биологических, экзогенно-органических и соматогенных факторов, участвующих в развитии пограничных психических расстройств у детей и подростков, обнаруживающих школьную дезадаптацию, обусловлена высокими показателями распространённости непсихотических психических нарушений в детском-подростковом возрасте, а также высокими показателями распространённости невроно-психических расстройств у школьников.

У значительной части обучающихся в общеобразовательных учреждениях детей и подростков обнаруживаются различные заболевания и функциональные расстройства. Более 70% школьников затрудняются в усвоении ба-

зовой школьной программы обучения. Пограничные психические расстройства часто встречаются в педиатрической практике, выражаясь в психосоматических нарушениях. Около 40% школьников страдают психосоматическими расстройствами. У 77,3% детей из конфликтных семей встречаются соматоформные и психосоматические расстройства, затяжные реакции на стресс, в том числе у 22-23% стойкие отклонения поведения с патохарактерологическими реакциями. (А.И. Аппенянский, Ю.С. Шевченко, 2011).

В 1991-2012 гг. на фоне снижения численности детского и подросткового населения растёт распространённость психических расстройств у детей и подростков с увеличением доли непсихотических психических расстройств. Отмеченная тенденция изменения показателей распространённости психических расстройств, среди населения детского и подросткового возраста во многом определяется отрицательной динамикой численности населения данных воз-

растных групп по стране в целом (Е.В. Макушкин, Н.К. Демичева; Н.А. Творогова, 2014).

В условиях социально-экономической нестабильности современного общества, ценностно-нормативной неопределенности, кризиса семьи возникает значительное увеличение факторов риска развития школьной дезадаптации. Интенсивные процессы созревания организма детей и подростков и высокие социально-биологические требования создают условия для возникновения дезадаптационных нарушений и в последующем, пограничных психических расстройств.

Цель исследования. Разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий при пограничных психических расстройствах у детей и подростков младшей возрастной группы на основе изучения клинических закономерностей формирования, типологии и динамики, обнаруженных психических нарушений и качества жизни в связи со школьной дезадаптацией.

Материалы и методы. Обследовано 155 детей/подростков (108 мальчиков, 47 девочек) обнаруживших признаки школьной дезадаптации, проходивших лечение в психиатрическом дневном стационаре для детей и подростков в период с 2012 по 2015 г. с использованием клинико-психопатологического, клинико-динамического, клинико-катамнестического, психологических, инструментальных (ЭЭГ, Эхо-ЭГ, РЭГ), статистических методов исследования. Наличие школьной дезадаптации подтверждалось картой оценки степени выраженности школьной дезадаптации (Мазаева Н.А., Шмакова О.П., 2005).

Результаты. В основную группу исследования были включены дети и подростки в возрасте от 10 до 15 лет с астеническими проявлениями, эмоциональной лабильностью, нарушениями поведения, невротическими реакциями, лёгкими когнитивными нарушениями. Средний их возраст составил $11,97 \pm 0,24$.

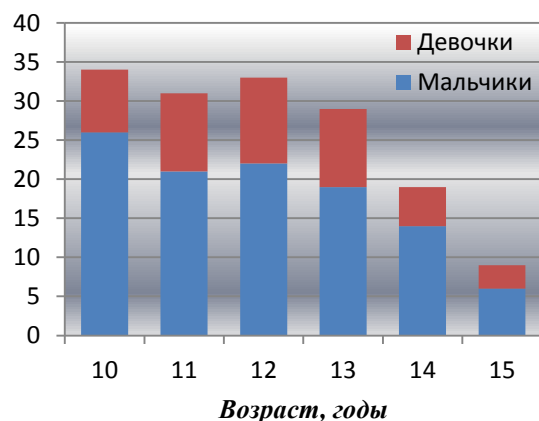


Рисунок 1. Абсолютное распределение обследованных по полу.

Наследственная отягощенность у детей/подростков с пограничными психическими расстройствами изучалась у родственников первой и второй степени родства по таким нервно-психическим заболеваниям, как алкоголизм, эпилепсия, шизофрения, умственная отсталость, неврозы, психопатии, депрессии, наркомании, самоубийства.

Распределение наследственной отягощенности по полу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение наследственной отягощенности по полу					
Мальчики		Девочки		Всего	
Наследственная отягощённость					
Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
54	54	23	24	77	78
50,0%	50,0%	48,9%	51,1%	49,7%	50,3%

Наследственная отягощённость по нервно-психическим заболеваниям в нашем исследовании наблюдается у 50% пациентов независимо от пола. При этом мальчиков в различных группах в 2 – 3 раза больше, чем девочек.

Анализ наследственной отягощенности по различным нервно-психическим заболеваниям представлен на рис. 2.

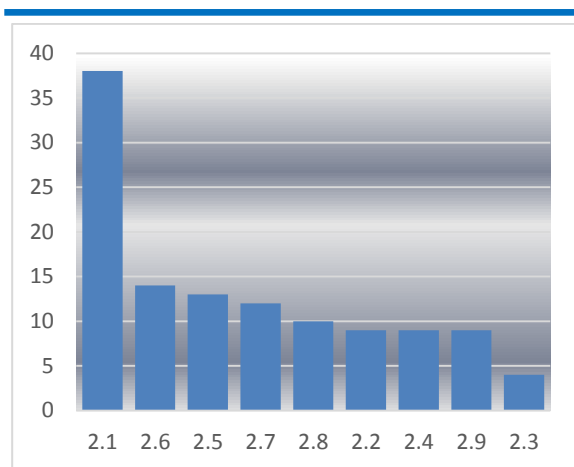


Рисунок 2. Наследственная отягощенность (2.1 - алкоголизм, 2.2 - эпилепсия, 2.3 - шизофрения, 2.4 - умственная отсталость, 2.5 - неврозы, 2.6 - психопатии, 2.7 - депрессии, 2.8 - наркомании, 2.9 - самоубийства)

Как следует из рисунка, наследственная отягощенность выявлена по всем исследуемым параметрам. Особенно высок показатель по заболеванию алкоголизмом у родственников, который встречается более чем в 32% случаев, причём 2/3 от этого числа – родители (один или оба). У отцов алкоголизм встречается в 57% случаев, у матерей в 43%. Обращает на себя внимание высокий процент выявленного алкоголизма у женщин.

Резидуально-органические проявления в исследуемой группе как клинко-патогенетический фактор, оказались значимыми (рис.3).

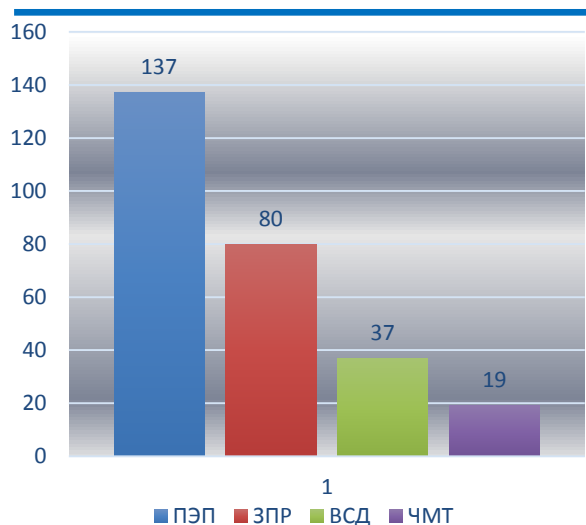


Рисунок 3. Резидуально-органические проявления

Так, анализ имеющихся данных показал, что у 147 пациентов (94,8%) отмечались перинатальная энцефалопатия (ПЭП), задержки пси-

хического развития (ЗПР), проявления вегетососудистой дистонии (ВСД), последствия ЧМТ. Всего ПЭП выявлена в 137 (88,3%) случаях, ЗПР – в 80 (51,6%), ВСД – 37 (23,8%), ЧМТ в 19 (12,2%) случаев. Во многих случаях «органическая предрасположенность» способствовала развитию и декомпенсации болезненных проявлений.

Одним из факторов, создающим предпосылки к развитию школьной дезадаптации, явилась соматическая ослабленность, включающая в себя тяжёлые соматические заболевания, в том числе инфекционные, оставляющие после своего завершения длительные состояния астении; хронические соматические заболевания; нарушения двигательной сферы, зрения, слуха, речи; травмы. В данном исследовании соматическая ослабленность встречалась у 95 детей (61,3%).

В исследуемой группе детей/подростков был проведён анализ социально-психологических влияний: состава семьи, типов воспитания в различных семьях, образовательный уровень родителей и их занятость. Анализ состава семьи приведён на рисунке 4.

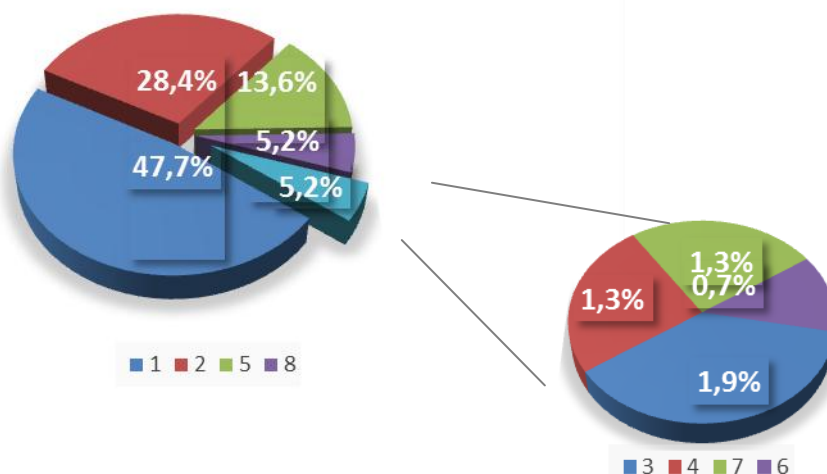


Рисунок 4. Состав семьи в процентном соотношении: 1 – полные семьи, 2 – неполные семьи, воспитывает мать, 3 – неполные семьи воспитывает отец, 4 – семья с наличием мачехи, 5 – семья с наличием отчима, 6 – гражданский брак, 7 – воспитывают опекуны, не являющиеся родственниками, 8 – воспитывают опекуны (близкие родственники).

В полных семьях воспитывались 74 (47,4%) ребёнка/подростка, в неполных семьях, где воспитанием занималась только мать, воспитывались 44 пациента (28,4%), в неполных семьях, где воспитанием занимался отец 3 (1,94%), в семьях с изменённой структурой с наличием мачехи 2 (1,29%), с наличием отчима 21 (13,5%) ребёнок/подросток, в гражданском браке состояла в 1 пара родителей (0,65%), 2 (1,29%) детей/подростков воспитывали опекуны, не яв-

ляющиеся родственниками в 8 (5,16%) случаев опекунами являлись близкие родственники).

При анализе внутрисемейных отношений в полных семьях гармоничное воспитание встречалось в 43,2% случаев. В неполных семьях, семьях с изменённой структурой гармоничное воспитание встречалось в 25,9%. Неполные семьи, семьи с изменённой структурой сформировались по разным причинам, являющимся острыми или хроническими психотравмирующими

ситуациями (например, развод родителей, смерть матери или отца, воспитание матерью-одиночкой). Во многих случаях такое положение отрицательно сказывалось на психоэмоциональном состоянии детей/подростков и приводило к психосоматическому реагированию, нарушениям поведения).

В случаях неправильного воспитания со стороны взрослых чаще встречались гиперпротекция, сопровождающаяся излишней опекой, лишением самостоятельности, ограждением от трудностей, что усиливало воспитательной неуверенностью родителей; а также гипопротекция, проявляющаяся в заброшенности, запущенности ребёнка/подростка с недостатком требований и контроля со стороны родителей.

Анализ уровня образования родителей приведён на рис. 5.

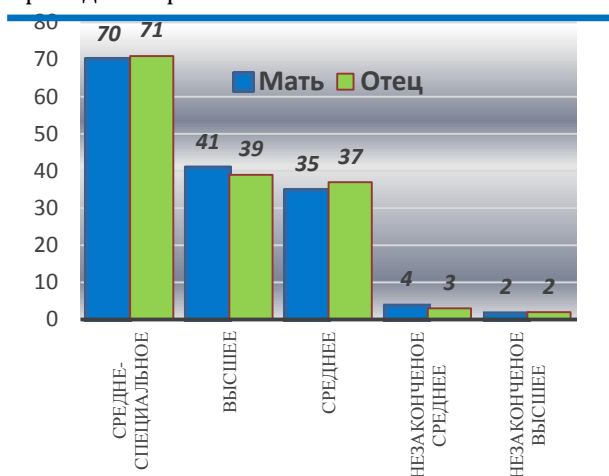


Рисунок 5. Уровень образования родителей

При анализе уровня образования родителей преобладали отцы и матери со средне-специальным образованием, они составили 45,5%. Высшее образование получили 25,8% родителей, среднее - 23,2%. Родители, имеющие незаконченное среднее образование вели асоциальный образ жизни, не выполняли своих родительских обязанностей, их дети находились под опекой.

При исследовании были выявлены и особенности трудовой занятости родителей. В 58% случаев оба родителя работали. Анализ трудовой занятости отцов показал: по специальности работали 77 (49,6%), не по специальности 37 (23,8%), 13 (8,4%) были безработными, 6 (3,9%) находились в местах лишения свободы, 2 (1,3%) находились на инвалидности, 4 (2,6%) являлись пенсионерами. Среди матерей по специальности работали также 77 (49,6%), не по специальности работали 19 (12,2%), домохозяйками были 23 (14,8%), 10 (6,5%) были безработные, 15 (9,7%) находились в отпуске по уходу за ребёнком, 2 (1,3%) находились на инвалидности, 1 (0,6%) пенсионерка, 3 (1,9%) матерей находились в местах лишения свободы.

Безработица, работа не по специальности, пребывание в местах лишения свободы, низкий культурный уровень семьи, низкие духовные запросы являются факторами социального, семейного неблагополучия, которые отрицательно влияют на становление ребёнка/подростка и препятствуют его позитивной социализации.

На каждого ребёнка заполнялась карта оценки степени проявлений выраженности ШД на основании данных клинического обследования оценивались успеваемость, поведение, социальная контактность, личностное отношение к школьному обучению, пропуски занятий по неуважительным причинам (Н.А. Мазаева, О.П.Шмакова, 2005). Наиболее представленной оказалась группа детей/подростков с наличием школьной дезадаптации 90 чел. (58,1%), выраженные проявления школьной дезадаптации отмечались у 26 чел. (16,7%) и лёгкие проявления школьной дезадаптации у 39 чел. (25,2%). Как правило, основные формы проявлений школьной дезадаптации были смешанными и состояли из когнитивного, личностного (эмоционально-оценочного) и поведенческого компонентов, представленных в различных сочетаниях.

Распределение пациентов по степени школьной дезадаптации и возрасту представлено на рис. 6.

При распределении пациентов на группы по возрасту (с 10 до 15 лет) были выявлены следующие особенности. Так, максимальное количество пациентов были выявлены в возрасте 10 лет 34 чел.(21,9%), 31 (20%) в возрасте 11 лет, 33 (21,3%) -12 лет, 29 (18,7%) -13 лет, 19 (12,3%) - 14 лет, 9 (5,8%) - 15 лет. Количественно группы уменьшались равномерно к 15 годам.

Всем пациентам была оказана комплексная медико-психолого-педагогическая помощь в рамках индивидуально составленного плана работы полипрофессиональной бригады психиатрического детского дневного стационара для детей и подростков. Оказание помощи было разделено на этапы:

1 этап - диагностический (определяется план обследования и лечения, проводятся диагностические мероприятия), 2 этап - лечебно-реабилитационных мероприятий, 3 этап - заключительный (производится определение тактики лечения после выписки, прогноза обучения, решение социальных вопросов, психообразовательная работа с родителями).

Выводы. Таким образом, проблема взаимоотношения и взаимовлияния микросоциально - средовых, конституционально - биологических, экзогенно-органических и соматогенных факторов, участвующих в развитии пограничных психических расстройств у детей и подростков, обнаруживающих школьную дезадаптацию остаётся актуальной на настоящий момент.

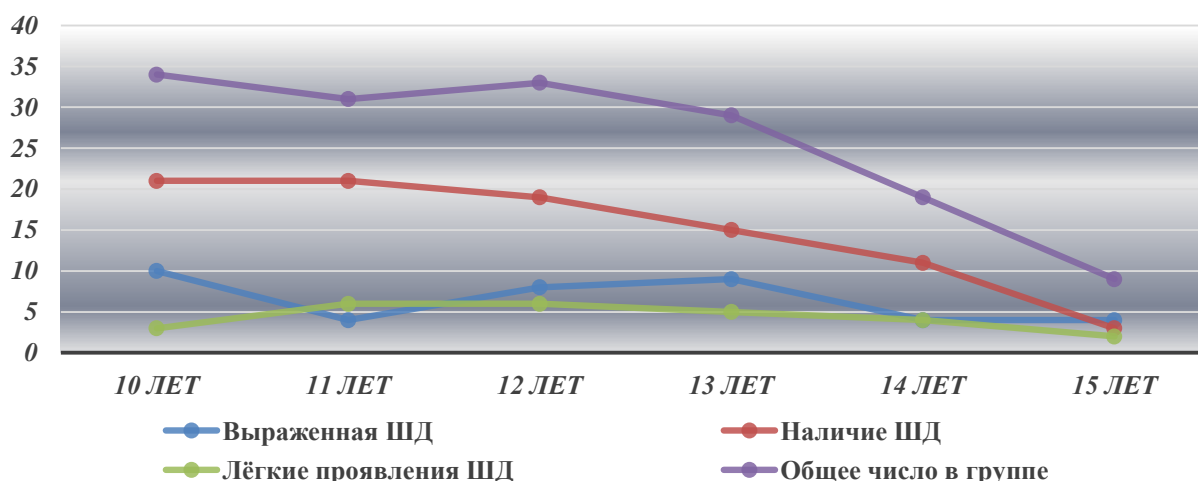


Рис. 6. Распределение пациентов по возрасту и степени школьной дезадаптации

В нашем исследовании было обнаружено, что в группе детей, обнаруживающих школьную дезадаптацию и страдающих пограничными психическими расстройствами наследственная отягощённость по нервно-психическим заболеваниям наблюдается у 50% пациентов независимо от пола.

Особенно высок показатель по заболеванию алкоголизмом у родственников, который встречается более чем в 32% случаев. Резидуально-органические проявления в исследуемой группе как клиничко-патогенетический фактор, оказались значимыми. Так, анализ имеющихся данных показал, что у 147 пациентов (94,8%) отмечались резидуально-органические проявления (ПЭП, ЗПР, ВСД, ЗЧМТ), которые способствовали развитию и декомпенсации болезненных проявлений. Соматическая ослабленность встречалась у 95 детей (61,3%). В полных семьях воспитывались 74 (47,4%) ребёнка/подростка, в остальных случаях семьи были неполными, с изменённой структурой, либо дети находились под опекой. При анализе внутрисемейных отношений в полных семьях гармоничное воспитание встречалось в 43,2% случаев. В неполных семьях, семьях с изменённой структурой гармоничное воспитание встречалось в 25,9%. Среди неправильных стилей воспитания преобладали гиперпротекция и гипопротекция. При анализе

уровня образования родителей преобладали отцы и матери со средне-специальным образованием, они составили 45,5%. Высшее образование получили 25,8% родителей, среднее - 23,2%. Родители, имеющие незаконченное среднее образование вели асоциальный образ жизни, не выполняли своих родительских обязанностей, их дети находились под опекой. Проведённый анализ трудовой занятости родителей показал, что безработица, работа не по специальности, пребывание в местах лишения свободы, низкий культурный уровень семьи, низкие духовные запросы являются факторами социального, семейного неблагополучия, которые отрицательно влияют на становление ребёнка/подростка и препятствуют его позитивной социализации. Т.е. пограничные психические расстройства у детей/подростков, обнаруживших проявления школьной дезадаптации формируются на основе сложных патогенетических механизмов: биологических (органических) и психогенных (невротических) механизмов, от которых зависит выбор лечебно-реабилитационных и профилактических программ. Дети и подростки нуждаются в комплексной реабилитации: медикаментозной коррекции, психотерапии, в том числе семейной, с учётом выраженности компонентов школьной дезадаптации (когнитивных, поведенческих, эмоционально-личностных).

Литература

1. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. – СПб.: Питер, 2008. – 416 с.;
2. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. – М. ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 928 с.
3. Психиатрия: национальное руководство /под ред. Т. Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014, – 1000 с.: ил.
4. Е.В. Макушкин, Н.К. Демчева, Н.А. Творогова Психические расстройства в детском и подростковом возрасте у городских и сельских жителей в Российской Федерации в 1991 – 2012 гг. // Журнал неврологии и психиатрии. – 1, 2014. – Вып. II. – С. 3-14.

Клиническая психология

УДК: 613.25:364.622

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ (гендерный аспект)

Е.Д. Никитина, Н.В. Федорова

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

Аннотация. В данной статье предпринята попытка изучить гендерный аспект психологических особенностей людей с избыточным весом. В исследовании использовались психологические методы и методики на выявление уровней самооценки, уверенности в себе, стрессоустойчивости и коммуникативного контроля. По результатам, полученным в ходе исследования, сделаны выводы о наличии у женщин с избыточным весом низкого уровня самооценки, неуверенность в себе, низкой сопротивляемостью стрессу и высокого уровня коммуникативного контроля. В отличие от них для мужчин с избыточным весом характерны адекватная самооценка, уверенность в себе, высокая сопротивляемость стрессу.

Ключевые слова. Избыточный вес, самооценка, самоконтроль, стрессоустойчивость, коммуникативный контроль.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OVERWEIGHT PEOPLE (GENDER ASPECT)

Nikitina E.D., Fedorova N.V.

Resume. This article attempts to examine the gender dimension of psychological characteristics of overweight people. Psychological methods and techniques for the identification of self-assessment, self-confidence, stress resistance and communicative control levels have been used in the research. Based on the results obtained in the study, conclusions are made about low self-assessment of overweight women, their self-doubt, low stress resistance and high level of communicative control. In contrast, overweight men are characterized by the adequate self-assessment, self-confidence, high stress resistance and medium or high communicative control.

Keywords. Overweight, self-assessment, self-control, stress resistance, communicative control.

Психотерапевтам в своей практике часто приходится сталкиваться с проблемой лишнего веса. Статистика сурова - Россия занимает четвертое место в мире по ожирению. По последним данным, в нашей стране страдают избыточным весом 54% мужчин и 59% женщин. А ожирение наблюдается у 15% мужчин и 28,5% женщин. Больше всего эта проблема характерна для жителей Сибирского Федерального округа, уровень заболеваемости ожирением взрослого населения в 1,5 раза выше среднего по стране.

За последнее десятилетие увеличение среднего веса, совпало с модой на стройное тело. Журналы, телевидение и интернет, пропагандируют стройность и не отображают разнообразие фигур, тем самым развивая в людях с избыточным весом чувство неудовлетворенности, а иногда и ненависти к своему телу. В современной культуре, доминируют достаточно жесткие стандарты физической привлекательности, которые идеализируют спортивное, худощавое телосложение, и тучность считается очень большим недостатком, тем самым люди с лишним весом сталкиваются с негативными оценками окружающих. У большинства полных людей наблюдается неадекватная реакция на современные стереотипы привлекательности, и этому способствуют в немалой части средства массовой информации, где постоянно фигурируют статьи и фотографии стройных людей. Огромное количество диет и всевозможных спо-

собов похудения можно наблюдать в журналах, интернете и других средствах массовой информации. Именно это давление заставляет людей с избыточным весом, ощущать дискомфорт в обществе. Также, люди с избыточным весом испытывают неудобства при выборе одежды. Основная часть магазинов ориентируется на небольшой размерный ряд, тем самым развивая в людях с избыточным весом, чувство ограниченности, что приводит к еще большей неудовлетворенности своим телом. Большинство общественных мест, также не приспособлены к особой категории людей, испытывающих проблемы с лишним весом. Такие места, как поезда, самолеты, не предусматривают перемещение людей с избыточным весом и часто затрудняют время пребывания в общественных местах. Тем самым, люди с избыточным весом, подвергаются огромному давлению со стороны.

Актуальность проводимого исследования объясняется тем, что избыточный вес и ожирение, является серьезной проблемой нашего времени. Количество людей с избыточным весом постоянно растет, прирост составляет 10 % от прежнего количества за каждые 10 лет. Подсчитано, что если данная тенденция сохранится, то к середине следующего столетия практически все население экономически развитых стран будет страдать ожирением. Продолжительность жизни при ожирении в среднем сокращается на 3-5 лет при умеренном избытке веса и до 15 лет

при выраженном ожирении. Проблема лишнего веса лишь в 5% случаев, является симптомом органического заболевания, в остальных 95% случаев в его основе лежит нейрхимический дефект церебральных систем, регулирующих пищевое поведение и гормональный статус. При этом у большинства больных ожирением проблема лежит в основе пищевой зависимости, что тесно связано с психологическими причинами. Причину может нести, как невротический характер переживания, так и отношение к приему пищи, как к культуре.

Данная проблема, которую с трудом можно скрыть от окружающих, приводит к значительному психологическому риску. Сильное социальное давление, повышенное внимание и насмешки, именно с этим сталкиваются в повседневной жизни полные люди. Люди с избыточным весом, испытывают дискомфорт в повседневной жизни и негативное давление со стороны социума, тем самым психологические особенности этой категории людей принято считать отличающимися. Согласно исследованиям, полных людей считают менее активными, успешными и трудолюбивыми. Полным людям часто приписывают такие характеристики, как: ленивый, глупый, слабовольный, неуклюжий. Лишний вес создает определенные неудобства в жизни, кроме ухудшения физического самочувствия, люди с избыточным весом испытывают трудности, даже в самых простых жизненных потребностях. Людей с избыточным весом, часто дискриминируют на работе, либо не трудоустраивают вообще. Затрудняется поиск партнера, снижается мобильность, а также качество и количество социальных контактов.

Все вышеперечисленное указывает на актуальность проблемы лишнего веса, однако, прежде чем преступить к ее решению, необходимо выяснить ее психологическую подоплеку. В данном контексте особая роль, на наш взгляд, принадлежит гендерному аспекту. Обращение мужчин и женщин к психотерапевту за помощью имеет свои особенности, которые нельзя не учитывать в психотерапевтической работе.

Исследование проводилось на территории Омской области. В качестве испытуемых выступали 40 человек, по 20 мужчин и 20 женщин с избыточным весом, в возрасте от 18 до 60 лет.

Мы сформировали две группы, состав которых качественно и количество отвечает необходимым требованиям формирования выборки для реализации поставленных целей и задач работы. Для формирования групп мы использовали индекс массы тела, с помощью которого определили уровни ожирения у испытуемых. Среди мужчин с избыточным весом было выявлено: 14 человек с индексом массы тела от 25,3 до 27,8, что соответствует наличию избыточного веса; 3 человека с индексом от 28,4 до 29,7, что соответствует 1 степени ожирения; 3 чело-

века от 31,2 до 33,7, что соответствует 2 степени ожирения. Среди женщин с избыточным весом было выявлено: 15 человек с индексом массы тела от 25,1 до 27,6, что соответствует наличию избыточного веса; 4 человека с индексом 28,7 до 27,4, что соответствует 1 степени ожирения; 1 человек с индексом 31,4, что соответствует 2 степени ожирения.

Для достижения поставленной цели в своем исследовании мы использовали валидные и надежные психологические методы и методики.

Для исследования гендерных особенностей самооценки у людей с избыточным весом, испытуемым была предложена «методика Дембо-Рубинштейн», с помощью которой мы смогли выявить уровень самооценки. На каждой из 7 вертикальных линий: шкала здоровья, шкала ума, шкала характера, шкала способности, шкала авторитета, шкала красоты и шкала уверенности в себе, испытуемым было необходимо отметить определенными знаками уровень развития тех или иных качеств, а также отметить уровень притязаний. При обработке данных, шкала здоровья не учитывается, она считается тренировочной. Каждый ответ выражается в баллах. После обработки данных, мы можем определить уровень самооценки: очень высокий, высокий, средний или низкий.

В результате проведения методики удалось выяснить, что очень высокий уровень самооценки наблюдается у одного мужчины с избыточным весом и ни у одной женщины. Данный уровень самооценки является непродуктивным и препятствует развитию личности. Очень высокая самооценка указывает на переоценивание индивидом собственного потенциала, а также на искажения в формировании личности. Люди, обладающие данной самооценкой часто нечувствительны к своим ошибкам, замечаниям и оценкам окружающих. Очень высокий уровень самооценки в случае, каких либо неудач или неуспеха, могут привести индивида к депрессивному состоянию, поэтому данный уровень самооценки требует усиленного контроля. Обладатели данного уровня самооценки, часто нахваливают себя и стараются подчеркнуть собственные достоинства, а о посторонних людях могут высказываться неодобрительно и неуважительно.

Высокая самооценка наблюдается у 4 из 20 мужчин с лишним весом и 2 из 20 женщин с избыточным весом, следует обратить внимание, на то, что у мужчин данный уровень самооценки в два раза выше, чем у женщин. Средний уровень самооценки выявлен у 12 из 20 мужчин и 11 из 20 женщин с лишним весом, это означает что данный уровень самооценки практически одинаковый у мужчин с избыточным весом и женщин с избыточным весом.

Данная методика объединяет высокий уровень самооценки и средний, в одну подгруппу –

адекватную или реалистичную самооценку. Как видим, в целом, у 16 из 20 мужчин с избыточным весом и 13 из 20 женщин с лишним весом выявлена адекватная самооценка, это говорит о том, что у более чем половины испытуемых обоего пола реалистичная оценка по отношению к себе, своим способностям, нравственным качествам и поступкам. Обратим внимание, что у мужчин с избыточным весом на 3 человека больше, чем у женщин выявлен данный уровень самооценки. Именно адекватная самооценка позволяет правильно соотносить свои силы с задачами разной трудности и требованиям окружающих. Людей с адекватной самооценкой, можно назвать зрелыми личностями, чаще всего они обладают уверенностью в себе. С такими людьми легко в общении, они признают свои достижения, а в случае неудач, извлекают уроки и ставят новые более реальные цели. Именно адекватная самооценка стимулирует личность к развитию и совершенствованию, помогает человеку приспособиться к социуму и окружающему миру.

Низкий уровень самооценки наблюдается у 7 женщин и 3 мужчин из 20, то есть у женщин данная самооценка диагностируется в 2 раза больше, чем у мужчин. Низкая самооценка свидетельствует о неблагополучии в развитии личности. Данная категория испытуемых составляет группу риска. За низкой самооценкой могут скрываться два совершенно разных психологических явления: подлинная неуверенность в себе и «защитная», когда декларирование собственного неумения, отсутствия способности и тому подобного позволяет не прилагать никаких усилий. Обладатели данного уровня самооценки сверхчувствительны к критике, завыслены и нерешительны.

Если рассмотреть результаты данной методики с точки зрения адекватной или неадекватной самооценки, то мы увидим, что неадекватная самооценка преобладает у женщин с избыточным весом. К неадекватной самооценке относятся такие уровни как «очень высокая» и «низкая». Таким образом, по результатам «методики Дембо-Рубинштейн» наблюдается у 7 из 20 женщин с избыточным весом неадекватная самооценка, а у мужчин с избыточным весом, лишь у 4 из 20 человек.

Различия в уровнях самооценки у мужчин и женщин с избыточным весом, как видим, существенны. Уровень самооценки у женщин с избыточным весом более низкий, чем у мужчин с лишним весом. Это можно объяснить тем, что для женщин внешний вид всегда является более значимым фактором, чем для мужчин. Таким образом, неудовлетворенность своей внешностью развивает у женщин с избыточным весом чувство отвращения к себе, которое в последствии снижает уровень самооценки. Мы находим подтверждение своей теории в работе А.

Дорожева [1]. Он отмечал, что женщины с ожирением избегают своего отражения в зеркале и считают, что окружающие негативно относятся к ним и высмеивают их из-за наличия лишнего веса. Женщины с избыточным весом переживают по поводу своей внешности, особенно в летнее время, когда трудно скрыть полноту под одеждой. Одинокие женщины с лишним весом считают свою внешность, причиной неустроенности своей личной жизни, говоря о том, что мужчины обращают внимание только на стройных женщин. У женщин с избыточным весом находящихся в браке или длительных отношениях, уровень самооценки более высокий, чем у одиноких женщин с лишним весом. Также женщины с избыточным весом отмечают отсутствие размерного ряда в магазинах, что вызывает большое недовольство, тем самым обращая внимание на размеры своего тела, которые не соответствуют стандартам общества.

Как видим, женщины с избыточным весом очень озабочены своими внешними данными, неудовлетворенность своим телом приводит к пониженной самооценке, которая затрудняет им жизнь. Мужчины с избыточным весом не придают большого значения своей внешности, тем самым данный фактор не влияет на изменение самооценки. Это можно объяснить тем, что в современном обществе наличие избыточного веса хоть и является предметом повышенного внимания, но к женщинам оно более высокое. Если наличие избыточного веса у мужчин еще допускается в обществе, то лишний вес у женщин вызывает серьезную критику со стороны. Таким образом, женщины с избыточным весом испытывают дискомфорт в жизни, обращают повышенное внимание со стороны социума и уверены, что во всех неудачах виноват их лишний вес. Все эти факторы влияют на наличие неадекватной самооценки у женщин с лишним весом. В то время как мужчины с избыточным весом не особо обращают внимание на наличие лишнего веса, вследствие этого связь между внешностью и уровнем самооценки не наблюдается, соответственно и не снижается в связи с данными факторами.

Далее для исследования гендерных особенностей уверенности в себе у людей с избыточным весом, мы использовали «тест Райдаса», с помощью которого определили уровень уверенности в себе у испытуемых. Из проведенного анализа результатов следует, что 2 женщины с избыточным весом очень не уверены в себе, а у мужчин с избыточным весом, данный уровень неуверенности в себе не выявлен. «Скорее не уверен, чем уверен», данный уровень наблюдается у 5 женщин из 20 и 3 мужчин из 20. Обратим внимание на то, что у женщин этот параметр наблюдается почти в 2 раза чаще.

В целом, такие уровни неуверенности в себе, как «очень не уверен в себе» и «скорее не уве-

рен, чем уверен» мы можем отнести в одну подгруппу – неуверенность в себе. Таким образом, неуверенных в себе женщин, а именно 7 из 20, наблюдается в 2 раза больше, чем неуверенных мужчин, их выявлено, лишь 3 человека из 20. Неуверенность в себе, часто основывается на внутреннем страхе и неспособности принятия самостоятельного решения. У неуверенных в себе людей наблюдается низкая самооценка, пассивность, избегание ответственности и зависимость от мнения окружающих. Также, у людей данной категории, часто отсутствует навык социального поведения, наблюдается тревожность и повышенная эмоциональность. Неуверенные в себе личности боятся чувства унижения, испытывают страх и неловкость при выступлении перед аудиторией, стараются не вступать в диалог с незнакомыми людьми, а также редко высказывают свою точку зрения.

«Среднее значение уверенности» выявлено у 11 женщин и 6 мужчин из 20, обратим внимание, на то, что количество женщин с данным уровнем уверенности в себе, в 2 раза выше, чем у мужчин. Со следующим уровнем «уверенным в себе», мы видим обратную ситуацию, у 9 из 20 мужчин с избыточным весом наблюдается этот уровень и лишь у 2 из 20 женщин с избыточным весом. Как мы видим, уверенных в себе мужчин в 4 раза больше, чем женщин. Слишком самоуверенных мужчин 2 человека из 20 с избыточным весом и ни у одной женщины не выявлен данный уровень уверенности в себе.

В целом, такие уровни уверенности в себе, как «среднее значение уверенности», «уверен в себе» и «слишком самоуверен», мы можем отнести к подгруппе – уверенность в себе. Таким образом, уверенных в себе мужчин наблюдается 17 из 20 с избыточным весом, а женщин с лишним весом 13 из 20 человек. Как видно по количеству испытуемых, уверенных в себе мужчин с избыточным весом больше, чем женщин, но в целом данная самооценка наблюдается больше, чем у половины испытуемых. Уверенные в себе люди осознают свои силы и возможности, ставят реальные цели и достигают их, часто обладают оптимистическим взглядом на жизнь.

По результатам теста Райдаса, мы видим, что неуверенных в себе женщин с избыточным весом больше в 2 раза, чем мужчин с избыточным весом. Мы считаем, что неуверенность в себе у женщин с лишним весом, также связана с внешним видом, как и низкий уровень самооценки. Наличие лишнего веса у женщин и негативное отношение со стороны окружающих приводит к тому, что у полных женщин появляется чувство закомплексованности, что и приводит к неуверенности в себе. У женщин с избыточным весом появляется внутренний страх и неудовлетворенность собой. Неуверенность в себе проявляется, как неспособность принимать самостоятельные решения, а также брать на себя ответ-

ственность какого-либо рода. Женщины с избыточным весом очень зависят от мнения окружающих и стесняются своего тела, тем самым боятся раздеваться в публичных местах, таких как пляж, бассейн, а также некомфортно чувствуют себя в обществе более стройных женщин, считая себя менее привлекательными и сексуальными – все это последствия неуверенности в себе. Также у данной категории людей небольшой круг общения, это объясняется тем, что люди с лишним весом испытывают страх в общении и боятся быть высмеянными. В данном случае это напрямую связано с наличием лишнего веса и больше проявляется у женщин с избыточным весом, чем у мужчин с лишним весом. Поэтому тучные женщины чаще контактируют со своим полом, чем с противоположным.

Уверенных в себе мужчин с избыточным весом больше чем женщин с избыточным весом, это означает, что у мужчин связи между внешностью и неуверенностью в себе нет, в отличие от женщин. Для мужчин с избыточным весом не составляет труда раздеться в публичном месте, чаще всего они комфортно себя чувствуют в обществе более стройных людей, у них нет внутреннего страха и закомплексованности по поводу своего веса.

Для исследования гендерных особенностей стрессоустойчивости у людей с избыточным весом мы использовали методику стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, с помощью которой определили степень стрессогенности испытуемых.

Как выяснилось в ходе исследования, большая степень сопротивляемости стрессу наблюдается у 7 из 20 мужчин и 2 из 20 женщин с избыточным весом. Обратим внимание на то, что количество мужчин более чем в 3 раза превышает количество женщин по данной степени стрессоустойчивости. Для людей с большой степенью стрессоустойчивости характерна минимальная степень стрессовой нагрузки. Данный уровень стрессоустойчивости наблюдается у людей, которые спокойно реагируют на психоэмоциональное напряжение, это говорит о том, что данная категория людей умеет справляться со стрессовыми ситуациями.

Высокая степень сопротивляемости стрессу была выявлена у 7 из 20 мужчин и 3 из 20 женщин, то есть, по количеству испытуемых, данная степень стрессоустойчивости более характерна для мужчин, чем для женщин. Данная категория людей редко тратит энергию и ресурсы на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса. Можно отметить, что люди с высокой степенью сопротивляемости стрессу более эффективно выполняют любую деятельность независимо от направления и характера, так как не подвержены психоэмоциональному напряжению и волнению, возникающему в ситуации стресса.

Пороговая степень сопротивляемости стрессу выявлена у 10 из 20 испытуемых женщин и 5 из 20 мужчин. Данная степень сопротивляемости стрессу для женщин характерна больше и наблюдается в 2 раза чаще, чем у мужчин. Данная категория стрессоустойчивости, характеризуется как средняя степень стрессовой нагрузки. У таких людей стрессоустойчивость снижается с увеличением стрессовых ситуаций в жизни, часто это приводит к тому, что личность вынуждена большую часть энергии тратить на борьбу с негативным психологическим состоянием, возникающим в процессе стресса. Уже на этой степени стрессоустойчивости, часто повышается аппетит и потребность в еде если стресс переходит в хроническую стадию.

Низкая степень сопротивляемости стрессу наблюдается у 5 из 20 женщин и 1 из 20 мужчин. Обратим внимание на то, что количество женщин в 5 раз выше, чем мужчин. Низкую степень стрессоустойчивости по-другому называют ранимой, личность вынуждена огромную часть энергии тратить на борьбу с негативным психологическим состоянием, возникающим в процессе стресса. Данная степень стрессоустойчивости является, как сигнал тревоги, предупреждающей об опасности, часто данная категория людей, находятся в фазе нервного истощения и нужно срочно ликвидировать стресс и повысить степень стрессоустойчивости.

Последним шагом нашего исследования стало выявление особенностей коммуникативного контроля у людей с избыточным весом, мы использовали «методику диагностики оценки самоконтроля в общении М. Снайдера».

Низкий уровень коммуникативного контроля выявлен у 7 из 20 испытуемых мужчин с избыточным весом и 2 из 20 женщин. У мужчин наблюдается данный уровень, больше чем в 3 раза по сравнению с женщинами. У людей с данным уровнем коммуникативного контроля неустойчивое поведение, они не считают нужным меняться в зависимости от ситуации, мало озабочены адекватностью своего поведения и эмоциональной экспрессии, а также не обращают внимания на поведения других людей. Это не означает, что данная категория людей менее эмоционально выразительна, их поведение и эмоции зависят в большей степени от их внутреннего состояния, а не от требований ситуации. Можно сказать, что люди с низким коммуникативным контролем стабильны в своем поведении и чаще всего прямолинейны.

Средний уровень коммуникативного контроля, мы выявили у 10 из 20 мужчин и 7 из 20 женщин. Люди, относящиеся к данному типу коммуникативного контроля, обладают искренностью, но не сдержаны в своих эмоциях, хоть и считаются в своем поведении с окружающими людьми.

Высокий уровень коммуникативного контроля наблюдается у 11 из 20 женщин с избыточным весом и 3 из 20 мужчин с избыточным весом. Можно отметить, что данный уровень коммуникативного контроля характерен больше для женщин, чем для мужчин. Люди с высоким уровнем коммуникативного контроля склонны чутко воспринимать эмоциональные и поведенческие проявления окружающих и ориентироваться на них в тех ситуациях, когда не знают, как поступить. Поведение таких людей сильно зависит от ситуации, и они без труда могут создать у окружающих нужное впечатление о себе, так как умеют контролировать поведение.

В целом, лиц с высоким уровнем социального самоконтроля отличает озабоченность социальной пригодностью своего поведения, чувствительность к экспрессивному поведению других и использование его в качестве руководства по управлению собственной экспрессией.

Итак, в нашей работе была предпринята попытка выявить психологические особенности мужчин и женщин с избыточным весом.

Для определения психологических особенностей людей с избыточным весом мы выбрали методики на выявление уровня самооценки, уверенности в себе, стрессоустойчивости и коммуникативного контроля. Для женщин с избыточным весом характерны: низкий уровень самооценки, неуверенность в себе, низкая сопротивляемость стрессу и высокий уровень коммуникативного контроля. Мы считаем, что данные психологические особенности женщин с избыточным весом связаны с тем, что женщины очень много внимания посвящают своему внешнему виду, для них невероятно важно хорошо выглядеть, а наличие лишнего веса снижает их привлекательность. В современном обществе уделяется повышенное внимание женщинам с избыточным весом, которое проявляется в негативном отношении и насмешках со стороны социума, а так как для женщин очень важно мнение окружающих, то вследствие всех факторов уровень самооценки и уверенности в себе снижается. Для мужчин с избыточным весом характерны другие психологические особенности: адекватная самооценка, уверенность в себе, высокая сопротивляемость стрессу и средний или низкий коммуникативный контроль. Мы считаем, что данные характеристики более высокие по сравнению с результатами женщин с избыточным весом, так как для мужчин внешняя привлекательность не так важна, как для женщин. Наличие лишнего веса у мужчин не вызывает психоэмоционального напряжения, они не испытывают сильного давления со стороны окружающих, да и в целом мужчинам не настолько важно мнение окружающих, как для женщин.

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

С.Н. Озоль, Д.И. Шустов

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», г. Рязань

Аннотация. На основании данных, опубликованных в зарубежной и отечественной литературе, проведен анализ проблемы аутоагрессивного поведения и синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников, рассмотрен вопрос алкогольной зависимости врачей.

Ключевые слова. Аутоагрессивное поведение, алкогольная зависимость, синдром эмоционального выгорания, врачи.

AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR, ALCOHOL ADDICTION AND BURNOUT SYNDROME AMONG PHYSICIANS

S.N. Ozol, D.I. Shustov

Resume. Based on data published in foreign and domestic literature, the analysis of the problem autoaggressive behavior and burnout among health care workers, considered alcohol dependency doctors.

Keywords. Autoaggressive behavior, alcohol addiction, burnout, doctors

Ряд зарубежных и отечественных исследователей указывают на необходимость изучения психического здоровья медицинских работников [3, 4; 30]. Также многие авторы относят профессию врача к факторам повышенного риска злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами [9, 12, 23].

Суициды у врачей. Данной проблеме в настоящий момент стало уделяться все более широкое внимание, так как факторы суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии врачей трансформируются непосредственно и опосредованно в удовлетворенность пациентами качеством и безопасностью оказания медицинской помощи [10]. Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональное напряжение и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Это и ответственность за жизнь и здоровье пациентов, и интенсивное переживание негативных факторов профессиональной деятельности, и неравномерный режим работы с ночными и суточными дежурствами, и оплата труда, не соответствующая степени возложенной ответственности, что вызывает чувство неудовлетворенности и стресса [6, 18].

Тревожные нарушения, депрессии, суицидальные попытки и мысли о самоубийстве, психосоматические расстройства, злоупотребление алкоголем - достаточно часто встречаются при исследовании состояния психического здоровья врачей, что, безусловно, отражается на их профессиональной деятельности [3, 8].

Высокий суицидальный риск у врачей-психиатров был отмечен еще в конце XIX века в работах И.А. Сикорского [13]. По результатам его научного исследования было установлено,

что частота самоубийств у врачей различных специальностей в 21 раз выше, чем в популяции в целом. Число случаев суицида было максимальным среди молодых специалистов (до 40 лет), причем первое место среди них занимали психиатры, среди которых доля врачей, совершивших суицид составляла 10%.

По данным проведенных научных исследований американской психиатрической ассоциации в 1991 году было установлено, что 1/3 психиатров, работающих в психиатрических стационарах совершали попытку самоубийства в первые два - три года своей профессиональной деятельности. Женщины-психиатры имели более высокий суицидальный риск по сравнению с популяцией женщин в целом [24].

Согласно данным ряда авторов [7], результаты проведенного исследования по изучению психического здоровья и качества жизни врачей Забайкальского края свидетельствовали о высокой распространенности среди медицинских работников различных симптомов невротического регистра: доля врачей с признаками невротической депрессии - 37,8 %, тревожных расстройств - 24,5 %, астенических нарушений - 23,5 %, вегетативных расстройств - 22,7 %, с нарушениями истерического типа реагирования - 20,8 % и доля врачей с признаками обсессивно-фобических расстройств - 17,3 %. При этом невротические нарушения чаще были выявлены среди женщин. Тревожные, астенические и вегетативные расстройства достоверно чаще встречались у врачей скорой медицинской помощи, тогда как расстройства истерического регистра преобладали среди медицинских работников терапевтического профиля.

Профессия врача и алкогольная зависимость. Интеллектуально-мнестические нарушения, формирующиеся со временем у зависимых от алкоголя врачей, вызывают выраженное профессиональное и социальное снижение, а зачастую - невозможность дальнейшей работы по специальности [17]. Результаты изучения частоты и особенностей развития алкогольной зависимости среди медиков позволяют отметить сравнительно раннее начало систематического потребления психоактивных веществ в этой группе, что, в свою очередь, предполагает эффективную профилактику зависимости уже в студенческой среде [12]. Вызывает затруднение раннее выявление алкогольных проблем врача, что может быть связано со стремлением скрывать факты злоупотребления не только членами семьи врача, его друзьями и коллегами, но даже и пациентами. Особенно трудно диагностировать зависимость у женщин-врачей. Это утверждение может быть важно еще и потому, что психотерапевтам и наркологами свойственно недооценивать тяжесть состояния своих пациентов, а также оптимизировать прогноз [17].

По результатам научного исследования, проведенного в Республике Чувашия, около 2% врачей страдали алкогольной зависимостью, что сопоставимо с общепопуляционными показателями. Авторами было обследовано 40 врачей, обратившихся в наркологический диспансер, средний возраст которых составлял 45 лет. Среди обследованных преобладали хирурги - 35%, анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи - по 15%, терапевты - 7,5%, педиатры - 5%. Катамнестические наблюдения свидетельствовали о длительных сроках воздержания от употребления алкоголя (от 3 лет и выше) [1].

На основании проведенного в течение 5 лет обследования в Республике Кабардино-Балкария [15] среди больных алкогольной зависимостью и наркоманией врачей было установлено, что врачебные аддикции имели свои особенности в виде более выраженной анозогнозии и позднего обращения за терапевтической помощью. Больные алкоголизмом врачи быстрее теряли социальный статус, были демонстративны и дисфоричны (55%). Больные наркоманией дольше могли работать по профессии, были более изворотливы, «дипломатичны», лживы, коварны. В целом врачи с алкогольной зависимостью наносили ущерб больше себе и семье, а врачи, зависимые от приема наркотиков, были более опасны для окружающих.

По результатам исследования, проведенного в Забайкальском крае, отмечалась достаточно высокая распространенность наркологической патологии, связанной со злоупотреблением алкоголем среди медицинских работников - 10,6%, в том числе синдрома зависимости от алкоголя (2,6%) и употребления алкоголя с вредными последствиями (8,0%). При этом нарколо-

гическая патология встречалась у четверти врачей-мужчин (25,2%). Среди женщин этот показатель был в 8 раз меньше (3,1%). У врачей хирургического профиля, по сравнению с врачами других специальностей, был выявлен самый высокий уровень алкогольных расстройств - 28,4% [7].

Шустов Д.И. и Юрченко Л. Н. определили [17], что врачи с алкогольной зависимостью чаще специализировались как терапевты, анестезиологи, хирурги и гигиенисты. Алкогольная зависимость в значительной степени влияла и на их семейный статус: так, меньшему числу из них удалось сохранить первый брак, а большая часть - жила вне семьи. Число разводов у врачей было также выше. Алкогольная зависимость у медицинских работников протекала на фоне депрессивного синдрома с суицидальными высказываниями и поступками, а в анамнезе чаще наблюдались черепно-мозговые травмы с потерей сознания.

Согласно результатам исследования [27], проведенного среди хирургов США, 15,4% из них удовлетворяли критериям злоупотребления алкоголем или зависимости. Состояние дистресса, которое испытывали хирурги в своей профессиональной деятельности, включающее, в том числе симптомы эмоционального истощения, деперсонализации, депрессии, суицидальные мысли, было тесно связано со злоупотреблением алкоголем, а также с уже сформировавшейся алкогольной зависимостью врачей. Аддикция от приема психоактивных веществ чаще приводила к врачебным ошибкам у хирургов, влияя, таким образом, на качество оказания медицинской помощи. [19, 21, 22].

Что же касается исследования эффективности психотерапии зависимостей у врачей, то соответствующие данные противоречивы, и простираются от негативной оценки [17] до данных, указывающих на хорошие возможности лечения алкогольной зависимости. [28].

Эмоциональное выгорание у медицинских работников. Повышенный уровень аутоагрессивного поведения у медицинских работников связан с аффективными нарушениями, которые могут быть спровоцированы развитием синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Начальные этапы СЭВ появляются уже во время обучения будущих специалистов и часто связаны с явлением учебного стресса, который обусловлен высокой интенсивностью учебных нагрузок, частыми стрессогенными ситуациями в виде зачетов и экзаменов. У практикующих врачей СЭВ также представлен достаточно часто и в последние годы имеет тенденцию к увеличению частоты его встречаемости как в Российской Федерации, так и за рубежом [16].

Научное исследование проблемы СЭВ в процессе профессиональной деятельности получило широкое распространение в середине

70-х годов XX века благодаря многочисленным работам зарубежных психологов [20].

В отечественной психологии СЭВ стал предметом самостоятельного изучения в середине 90-х годов XX века [6]. Для описания исследуемого состояния использовались разные термины: «эмоциональное сгорание», «профессиональное выгорание», «эмоциональное выгорание» [16, 20].

Наибольшее признание в науке получило определение С. Maslach согласно которому, синдром «эмоционального выгорания» - это состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы» [26]. С. Maslach [26] в качестве основных личностных факторов патогенеза развития синдрома «эмоционального выгорания» выделяла индивидуальный предел возможностей личности, отрицательный психологический опыт, включающий в себя дискомфорт, дисфункции и их негативные последствия. Автор определяла эмоциональное истощение в качестве ведущего признака в предлагаемой ею модели синдрома «эмоционального выгорания».

В. Бойко [6] относил к личностным факторам, способствующим развитию синдрома эмоционального выгорания - склонность к эмоциональной холодности, склонность к интенсивному переживанию негативных ситуаций профессиональной деятельности.

К. Kondo [25] указывал на связь синдрома «эмоционального выгорания» с высокой мотивацией профессиональной деятельности. Специалисты, которые работали страстно и увлеченно, и в течение длительного времени помогали другим людям, начинали чувствовать разочарование от невозможности достичь желаемого эффекта, которого они ожидали. Подобный стиль работы сопровождался чрезмерной потерей психической энергии, приводил к значительному эмоциональному истощению и как результат - беспокойству, раздражению, пониженной самооценке в сочетании с психосоматическими расстройствами, что негативно отражалось на профессиональной деятельности.

В своей научной работе Арутюнов А.В. [5] сделал похожие выводы о том, что более всего подвержены «эмоциональному выгоранию» профессионалы, для которых деятельность изначально очень значима, сознательно выбрана, предполагает ориентацию на помощь другим людям. Сочувствующий, увлекающийся врач-идеалист, ориентированный на других, с низкой устойчивостью к стрессорам медицинских профессий (таким, как боль, страдания, болезнь и смерть) может стать носителем прогрессирующего «синдрома эмоционального выгорания».

Согласно отечественному исследованию проблемы «эмоционального выгорания» [14]

ключевую роль в развитии СЭВ играли личностная тревожность и другие, ассоциированные с нею личностные характеристики (эмоциональная неустойчивость, склонность к чувству вины, фрустрированность, подозрительность, робость, застенчивость, импульсивность).

Исследования СЭВ у врачей различных специальностей [2, 7, 20] позволило сделать вывод о высоком риске его возникновения и необходимости специально организованной профилактической и реабилитационной работы у медицинских работников. Анализ наличия у врачей личностных факторов, которые могут способствовать возникновению и развитию СЭВ, является особенно важным условием при проведении эффективной профилактики и коррекции данного синдрома.

В разработанном ВОЗ Европейском плане действий по охране психического здоровья [11] подчеркивается важность того, чтобы среди работников сферы здравоохранения предпринимались меры для улучшения психического здоровья, минимизации воздействия на врачей стресса, связанного с работой. Согласно принятому плану, возможности для охраны и укрепления психического здоровья на рабочих местах медицинских работников следует развивать с помощью таких подходов как оценка риска и управление стрессовыми и психосоциальными факторами, подготовка персонала и повышение их информированности по данной проблеме.

Специфические меры профилактики СЭВ для врачей психиатров-наркологов в виде Балинтовских групп подробно описаны в научных исследованиях Лукьянова В.В. [9]. Введение в практику работы наркологических лечебных учреждений метода групповой тренинговой психотерапевтической работы позволило значительно снизить проявления синдрома «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов и способствовало повышению эффективности лечения зависимых от алкоголя пациентов.

Таким образом, проблема аутоагрессивного поведения и зависимостей среди врачей вызывает особый научно-практический интерес и требует дальнейшего изучения и исследования. Многие врачи, пройдя программу лечения алкогольной зависимости, начинают активно участвовать в общественной работе по профилактике наркомании, алкогольной зависимости и табакокурения [12]. Так же стоит отметить, что необходимо уделять внимание профилактике синдрома «эмоционального выгорания», которая должна учитывать индивидуальные особенности врача, конкретные условия работы в данном лечебно-профилактическом учреждении, и возможность проведения специальных методов психологической разгрузки.

Литература

1. Андреева, А. П. Алкогольная зависимость у врачей / А. П. Андреева, И. Е. Булыгина, А. В. Голенков // XIV съезд психиатров России (15-18 ноября 2005 г.): материалы съезда. - М., 2005. - С. 326.
2. Арутюнов А. В. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики: дис. ... канд. мед. наук. 14.00.21; 14.00.13/ А.В. А.А. Арутюнов. - М., 2004. - 165 с.
3. Асланбекова Н. В. Взаимосвязи качества жизни и психического здоровья у врачей стационарного профиля (региональный, клинико-психологический и превентивный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Асланбекова. - Томск, 2008. - 25 с.
4. Бердяева И. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / И. А. Бердяева, Л. Н. Войт // Дальневосточный медицинский журнал. - 2012. - № 1. - С. 117-120.
5. Березовская Л.Г., Слабинский В.Ю., Подсадный С.А. К вопросу критериев риска развития синдрома «эмоционального выгорания» // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сборник научн. статей / под редакцией В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. - Курский государственный университет, 2007 - с. 17-19
6. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении/В.В. Бойко. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.
7. Говорин Н. В., Бодагова Е. А. Психическое здоровье и качество жизни врачей. - Томск, Чита : Изд-во «Иван Фёдоров», 2013. - 126 с.
8. Дресвянников В. Л. Работоголизм у врачей: представленность, причины, варианты, его связь с синдромом эмоционального выгорания / В. Л. Дресвянников, Т. А. Шпикс, О. В. Латыпова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2010. - № 6 (63). - С. 37-40.
9. Лукьянов В. В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. В. Лукьянов. - СПб., 2007. - 46 с.
10. Озоль С.Н., Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение и злоупотребление алкоголем среди врачей [Текст]/ С.Н. Озоль, Д.И. Шустов //Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2014. - № 3. - С. 148-154.
11. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2006. - 185 с.
12. Сидоров П.И. «Особенности алкоголизации и наркотизации студентов и врачей» // Вопросы наркологии.-2003 - № 4. - С. 5-18.
13. Сикорский И.А. Основы теоретической и клинической психиатрии. - Киев, 1910-702с.
14. Скугаревская М. М.. Синдром эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья: автореф. дис. ...канд.мед.наук / М.М. Скугаревская. - Минск, 2003. – 19 с.
15. Теммоев, Д. Ч. Об актуальности алкоголизма и наркоманий среди врачей: масштабы и последствия / Д. Ч. Теммоев // XIV съезд психиатров России 15-18 ноября 2005 г.: материалы съезда. - М., 2005. - С. 373.
16. Федотов И.А. Синдром эмоционального выгорания и учебный стресс/ И.А. Федотов, А.С. Дегтярева, С.Н. Озоль // Омский психиатрический журнал.-2015.- 3 (5).- С. 25 - 31.
17. Шустов Д. И., Юрченко Л. Н. Алкоголизм у врачей: к характеристике группы, проходивших психотерапию // Вопросы наркологии.- 1997. - № 2.- С.38-41.
18. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. - СПб., 2006. - 270 с.
19. Buhl A, Oreskovich MR, Meredith CW. Prognosis for the recovery of surgeons from chemical dependency: a 5-year outcome study. Arch Surg.2011;146(11):1286-1291
20. Burisch M. In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout // In Professional burnout: recent developments in theory and research / Ed. W.B. Schaufeli, C Maslach, T. Marek. - London: Taylor and Francis, 1993.-P. 75-93.
21. Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, et al. Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. JAMA. 2005;293(12):1453-1460
22. Frank E, Segura C, Shen H, Oberg E. Predictors of Canadian physicians' prevention counseling practices. Can J Public Health. 2010;101(5):390-395
23. Gallegos K., Talbott D. Physician and other health professionals //A Comprehensive Textbook. - S. 1., 1999. - P. 744-753.
24. Hughes P.H. Resident physician substance use in the United States//JAMA. - 1991.-Vol.265.-P. 46-58.
25. Kondo K. Burnout syndrome // Asian medical. 2001. N 34. P. 34-42.
26. Maslach, C., & Jackson, S.E. The Maslach Burnout Inventory. Manual - 2nd ed.. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986 - P. 1-17.
27. Michael R. Oreskovich, MD; Krista L. Kaups, MD; Charles M. Balch, MD; John B. Hanks, MD; Daniel Satele, BA; Jeff Sloan, PhD; Charles Meredith, MD; Amanda Buhl, MPH; Lotte N. Dyrbye, MD, MHPE; Tait D. Shanafelt, MD Prevalence of Alcohol Use Disorders Among American Surgeons // Arch Surg. 2012;147(2):168-174.
28. Nilsson LH, Rydberg U, Björklund M. Att behandla den missbrukande läkaren. Stora möjligheter att nå goda resultat // Läkartidningen 1995;92(4)291-3
29. Resch M. Ärztgesundheit - ein lange vernachlässigtes Thema / M. Resch, M. Hagge // Schriften zur Arbeitspsychologie / red. E. Ulich. - Bern : Huber, 2003. - B. 61. - S. 37-57.
30. Tokuda Y. The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis / Y. Tokuda et al. // Ind. Health. - 2009. - Apr. - Vol. 47 (2). - P. 166-1

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.