

Омский психиатрический журнал

3 (9) 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"*

**3 [9]
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.

Малютин Т.В.

Стаценко О.А., к.м.н.

Редакционный совет:

Антилогова Л.Н., д.пс.н. (Омск)

Дроздовский Ю.В., д.м.н. (Омск)

Лопанова Е.В., д.п.н. (Омск)

Иванова Т.И., д.м.н. (Омск)

Крахмалева О.Е., к.м.н. (Омск)

Одарченко С.С., д.м.н. (Омск)

Чеперин А.И., к.м.н. (Омск)

Федотов И.А., к.м.н. (Рязань)

Содержание / Contents

Колонка редактора	3	Editor's column
Организация психиатрической помощи		Psychiatric Care Organization
Лечение и организация дневной занятости в условиях психиатрического дневного медико-реабилитационного отделения <i>О.А. Александрова, Ю.В. Лычкова, Т.А. Швидко</i>	5	Management and organization in the day of employment psychiatric day rehabilitation department <i>Alexandrova O.A., Lychkova Y.V., Shvydko T.A.</i>
Комплексные мероприятия по улучшению качества жизни проживающих и качества оказания социальных услуг <i>О.В. Копотиенко, О. И. Прокаева</i>	8	Comprehensive measures to improve quality of life and quality of living social services <i>O.V. Kopotienko, O.I. Prokaeva</i>
Клиника психических расстройств		Clinic of psychiatric disorders
Клинический случай болезни Фара <i>Е.Н. Иванченко, М.И. Шеденко, Е.В. Спизжарский, Н.Н. Долгановская, А.А. Кондратьева</i>	11	Clinical case of Fahr disease <i>E.N. Ivanchenko, M.I. Shedenko, E.V. Spizharsky N.N. Dolganovskaya, AA Kondrateva</i>
Психофармакотерапия		Age aspects of psychiatry
Клинический опыт применения оланзапина у пациента с простым типом шизофрении <i>Н.А. Долгушева, О.В. Вихорев, Д.А. Ткаченко, О.В. Кириллова, Ю.Г. Бикмаева, А.Е. Долгушева, А.Н. Иванчук</i>	16	Clinical experience with olanzapine in a patient with simple type of schizophrenia <i>N.A. Dolgusheva, O.V. Vikhorev, D.A. Tkachenko, O.V. Kirillova, Y.G. Bikmaeva, A.E. Dolgusheva, A.N. Ivanchuk</i>
Судебная психиатрия		Forensic psychiatry
Случай параноидного расстройства, развившегося на фоне употребления нескольких психоактивных веществ в практике амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы <i>Т.А. Сазонова, С.А. Патер, С.З. Воронова</i>	20	The case of paranoid disorder that developed on the background of the use of multiple psychoactive substances in the practice of outpatient psychiatric examination <i>T.A. Sazonova, S.A. Pater, S.Z. Voronova</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Образ идеального и реального лидера в студенческой группе медицинского вуза <i>С.В. Исаев, Ю.В. Потапова</i>	26	Image of an ideal and a real leader in the student group of medical university <i>S.V. Isaev, J.V. Potapova</i>
Значение психологического сопровождения женщины к рождению ребенка <i>В.В. Панина</i>	30	Value psychological support women's access to the child's birth <i>V.V. Panina</i>
Сестринское дело в психиатрии		Nursing in psychiatry
Организация сестринской деятельности психотерапевтического амбулаторного отделения <i>Т.А. Воронкова</i>	33	Organization of nursing in psychotherapeutic outpatient department <i>T.A. Voronkova</i>

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Текущий номер журнала открывает статья об инновационной форме психиатрической помощи – дневном медико-реабилитационном отделении. В статье показаны основные направления деятельности отделения по реабилитации лиц с хроническими психическими расстройствами. Ежедневная занятость пациентов приводит к улучшению качества жизни пациентов, повышению мотивационного тонуса, самооценки, расширению круга общения, формированию навыков независимого проживания и др., а также способствует вовлечению лиц с психическими расстройствами в общественную жизнь.

Продолжает организационный раздел журнала статья наших коллег из Омского психоневрологического диспансера, посвященная организации мероприятий по улучшению качества жизни проживающих и качества оказания социальных услуг. В Омском психоневрологическом интернате разработана программа по восстановлению и сохранению физических и психических функциональных возможностей лиц, страдающих психическими расстройствами с инвалидностью. Задачей данной программы является улучшение качества жизни пациентов посредством создания в учреждении благоприятной терапевтической среды, а также снижение стигматизации путем социализации и интеграции в общество. Активно ведется внедрение совместных с общественными и некоммерческими организациями программ социальной направленности, в том числе и инновационных. Работа по данным программам создает благоприятные условия для интеллектуального и духовного воспитания личности, социально-культурного и профессионального самоопределения. Развивается познавательная активность и творческая самореализация, а также эстетические способности. Происходит восстановление когнитивных процессов и познавательных интересов у проживающих, улучшаются навыки общения, расширяется сферы жизнедеятельности людей с ограниченными возможностями и их интеграции в общество. Создание терапевтической среды, основанной на сотрудничестве клиентов со специалистами учреждения, социально-реабилитационные мероприятия, охватывающие все сферы социального функционирования наших клиентов, позволили добиться определенных результатов работы. Среди основных результатов авторы отмечают восстановление социальных связей, самостоятельное проживание и создание семей, выписку в благо-

получные семьи, трудоустройство, снижение потребности в социальной поддержке, уменьшение поведенческих расстройств. Создание благоприятной терапевтической среды является неотъемлемой и основополагающей частью психосоциальной реабилитации граждан, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания психоневрологического профиля.

Клинический раздел журнала представлен описанием редкого заболевания – болезни Фара. Идиопатическая кальцификация базальных ганглиев, известная также как болезнь Фара, является редким генетическим наследственным неврологическим расстройством. Характеризуется аномальным отложением кальция в областях мозга, которые контролируют моторные функции. Благодаря использованию КТ, показано, что обызвествление наблюдается преимущественно в базальных ганглиях и коре головного мозга. В статье дана краткая гистологическая и клиническая характеристика данного заболевания и приведено клиническое наблюдение.

С начала 90-х годов в психиатрии начинается эра атипичных нейролептиков – препаратов, вызывающих значительно меньше побочных эффектов, чем типичные нейролептики. Справедливости ради надо сказать, что первый препарат с атипичными свойствами – клозапин (азалептин) – был синтезирован ещё в 1959 году. Действуя более тонко и избирательно на процесс передачи нервного импульса в головном мозге, атипичные нейролептики в 90-е годы уверенно теснят своих типичных предшественников. Синтезируются такие широко применяемые сейчас препараты как рисполепт, оланзапин, кветиапин и пр. Ещё одним преимуществом «атипиков» иногда называют влияние на так называемую негативную симптоматику шизофрении. В конечном итоге, именно эти болезненные перемены в душевном облике пациента приводят его к инвалидности, вырывают из социума. В этом номере журнала представлено интереснейшее клиническое наблюдение применения оланзапина у пациента с простой формой шизофрении. Назначение оланзапина привело к значительному улучшению состояния больного за счет редукции негативной симптоматики, что указывает на его эффективность в терапии дефицитарных расстройств. Кроме того, по данным клинических и лабораторных исследований нежелательных эффектов на фоне приема данного препарата выявлено не было.

Субъективно пациент отмечал хорошее самочувствие при применении данного лекарственного средства. Оланзапин зарекомендовал себя как эффективный и безопасный препарат для лечения больных с преимущественно дефицитарной симптоматикой в рамках шизофрении. Хорошая переносимость и выраженный клинический эффект способствовали развитию установки на дальнейший прием препарата в амбулаторных условиях.

Анализ текущей ситуации показывает, что среди судебно-психиатрических экспертиз значительную часть составляют пациенты с острыми экзогенными психозами, связанными с потреблением психоактивных веществ. Значительную социальную опасность представляют больные с алкогольными параноидами. Общественно опасные действия в этих случаях отличаются неожиданностью и особой жестокостью. Обычно они направлены на лиц ближайшего окружения и имеют психопатологическую мотивацию. В большинстве случаев обнаруживается прямая или косвенная связь общественно опасного поведения с имеющимися психопатологическими переживаниями. В этих случаях общественно опасные действия обусловлены бредовыми идеями преследования. Больные совершают агрессивные действия по механизмам бредовой защиты либо бредовой мести. Согласно данным амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы нашей больницы в течении 2 лет (2013-14) было проведено 529 экспертиз в отношении лиц, страдающих синдромом зависимости от различных психоактивных веществ. Из них признаны невменяемыми 10 человек. В качестве иллюстрации приводится пример параноида у лица, склонного к употреблению различных психоактивных веществ.

Психологические аспекты лидерства раскрываются в статье молодых исследователей из Омского государственного медицинского университета. В ходе их исследования были выявлены черты идеального лидера студенческой группы медицинского вуза – ответственность, развитые умственные способности, целеустремленность, общительность, дружелюбие, независимость. Чаще всего лидер студенческой группы обладает следующими чертами: возбудимость, экзальтированность, гипертимность. Сравнение образов идеального и реального лидера показало, что характеристики реальных лидеров при оптимальном сочетании схожи с набором черт, выделенным студентами в образе идеального лидера. Осуществление лидерства, реализация управленческих воздействий лиде-

ра в студенческом коллективе приводят к возникновению нескольких эффектов, позволяющих адекватно строить процесс самоорганизации, самоуправления медицинской профессиональной деятельностью. В процессе лидерства происходит взаимное познание участников деятельности, позволяющее им прийти к взаимному пониманию или к отсутствию такового. Это позволяет учащимся оценить друг друга. Взаимное познание и понимание, а также эффект взаимооценки являются основой для формирования межличностных отношений, и, прежде всего, отношений по признаку распределения власти: «лидер - ведомый». Дифференциация лидерских ролей, упорядочение лидерских статусов отражает уровень организованности, самоуправляемости студенческого коллектива как сложной социальной системы.

Психологическое сопровождение женщины, ожидающей ребенка, приобретает особое значение в период реализации задач по восстановлению демографической ситуации в стране. Наш коллега – клинический психолог из Сосновоборской городской больницы, г. Сосновоборск, Красноярского края, делится своим опытом в сфере психологической подготовки беременных к родам. На базе женской консультации КГБУЗ «Сосновоборская ГБ» психологом разработана программа, и на ее основе курс занятий для будущих родителей «Радуга материнства». Курс занятий предусматривает семейно - ориентированный подход к психологическому сопровождению беременности и предполагает решение таких задач, как поддержка женщины в ее адаптации к беременности, подготовка к родам и дальнейшему материнско-детскому взаимодействию, а также подготовка супружеской пары к изменениям, связанным с появлением нового члена семьи, формирование сознательной родительской позиции и компетентности. Курс занятий рассчитан на групповую работу с беременными женщинами, а также молодыми парами, ожидающими рождения ребенка.

В статье старшей медицинской сестры психотерапевтического отделения излагаются основы организации сестринской помощи психотерапевтического профиля в рамках крупной областной психиатрической больницы. Правильная организация труда способствует высокой производительности, уменьшению физической нагрузки, минимальному психоэмоциональному напряжению медицинских сестер, мотивирует на активное вовлечение в лечебный процесс и повышение качества оказания медицинской помощи.

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

Организация психиатрической помощи

УДК: 616.89 - 369.014.3

ЛЕЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ДНЕВНОЙ ЗАНЯТОСТИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

О.А. Александрова, Ю.В. Лычкова, Т.А. Швидко

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

Аннотация. Психиатрическое дневное медико-реабилитационное отделение, открытое в 2002 году как реабилитационный дневной стационар, в настоящее время разрабатывает и реализует программы реабилитации психически больных. В статье показаны основные направления данной деятельности. Ежедневная занятость пациентов приводит к улучшению качества жизни пациентов, повышению мотивационного тонуса, самооценки, расширению круга общения, формированию навыков независимого проживания и др., а также способствует вовлечению лиц с психическими расстройствами в общественную жизнь.

Ключевые слова. Медицинская и психосоциальная реабилитация.

MANAGEMENT AND ORGANIZATION IN THE DAY OF EMPLOYMENT PSYCHIATRIC DAY REHABILITATION DEPARTMENT

Alexandrova O.A., Lychkova Y.V., Shvydko T.A.

Resume. In Omsk psychoneurological boarding developed a program for the restoration and preservation of physical and mental features of mentally disabled patients. The objectives of this program is to improve the quality of life for patients through the establishment of the institution supportive therapeutic environment, and reducing stigma by the socialization and integration into society. We are actively implementing joint projects with public and non-profit organizations of social programs, including innovation.

Keywords. Mental disability, quality of life of the mentally ill patients.

Психиатрическое дневное медико-реабилитационное отделение открыто в 2002 году как реабилитационный дневной стационар на 50 мест. С февраля 2014 г., в соответствии с 566 приказом МЗ РФ, отделение преобразовано в психиатрическое дневное медико-реабилитационное отделение, внесены изменения в структуру и ставочный состав.

На сегодняшний момент отделение включает в себя:

- дневной стационар на 65 мест,
- лечебно-реабилитационный участок,
- два клубных помещения для пациентов:

Клуб № 1 (цокольный этаж 2 корпуса) предназначен для осуществления лечебного процесса, индивидуальной и групповой работы, а также является местом, где пациенты могут проводить время, общаться с друзьями, участвовать в «дневных программах» - играть в настольные игры, смотреть фильмы, читать книги и журналы под контролем персонала.

Клуб № 2 (3 этаж пищеблока) предназначен для проведения кружковых занятий по расписанию.

Основными задачами отделения являются:

а) осуществление медицинской деятельности, а именно: оказание лечебной, консультативно-диагностической, психопрофилактической, реабилитационной помощи в условиях дневного отделения;

б) осуществление социально-

психологической помощи в условиях дневного отделения;

в) решение вопросов трудоспособности в соответствии с законодательством РФ.

г) обеспечение преемственности с психиатрическими диспансерными отделениями учреждения и другими подразделениями учреждения, а также другими учреждениями в лечении и социально-трудовой реабилитации психически больных;

д) освоение и внедрение в практику новых организационных методов амбулаторной помощи, современных средств и методов диагностики и лечения психических заболеваний, социально-трудовой реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта учреждений здравоохранения.

В отделении работает полипрофессиональная бригада специалистов. Работа с пациентами осуществляется в соответствии с индивидуальным планом лечения и психосоциальной реабилитации в рамках программы «Ведение случая» («Case management»). Включение пациентов в реабилитационные программы определяется уровнем их социальной адаптации. На Совете бригады оценивается динамика состояния, проводится коррекция проводимых мероприятий. Все виды помощи оказываются на основе принципа партнерства с пациентами в наименее стигматизирующих условиях.

Виды медицинской помощи, оказываемые в Отделении:

а) консультативно-диагностическая, лечебная и психопрофилактическая помощь;

б) психосоциальное лечение и реабилитация, в т.ч.

- индивидуальная работа (эмоциональная, психологическая, инструментальная поддержка; помощь в трудоустройстве с последующим психологическим сопровождением);

- групповая работа (в т.ч. психосоциальные, коммуникативные, рабочие, психотерапевтические, образовательные, «переходные» группы, библиотерапия и т.д.);

- работа с семьей, в т.ч. семейная психотерапия, психообразование;

- организация досуга, кружковая работа, терапия средой.

В отделении наряду с активным лечебным процессом, важное место занимает проведение психосоциальных мероприятий. Регулярно проводятся тренинги врачами, психологами, специалистами по социальной работе, медицинскими сестрами по различным направлениям. В таблице представлен их разнообразный спектр, учитывающий индивидуальные потребности каждого пациента.

Таблица 1

Тренинги психиатрического дневного медико-реабилитационного отделения

Тренинги	2014		2015	
	Число циклов	Число занятий	Число циклов	Число занятий
Психообразовательный тренинг «Жизнь с болезнью»	2	19	3	56
Психообразовательный тренинг для родственников	3	27	3	27
Семейная психотерапия	3	37	3	35
Здоровый образ жизни	-	-	2	14
Тренинг радости	1	11	2	20
Позитивный настрой	3	28	2	18
Эффективное трудоустройство	3	24	2	21
Тренинг познавательных процессов	2	38	2	24
Познай себя	2	18	1	10
Антистрессовый стиль жизни	1	11	2	18
Программа «Коррекция поведения пациентов посредством мультисенсорного воздействия»	3	29	1	9
Эффективное общение	1	10	1	11
Тренинг толерантности	-	-	2	18
Профилактика виктимного поведения	1	11	1	10
Межличностное общение	1	9	1	10
Наши ценности	1	12	1	10
Тренинг само и взаимопомощи	11	95	8	64
Сказкотерапия		40		26
Арт-терапия	9	150	11	162
Библиотерапия	2	35	3	59
Кинотерапия		35		27
Правильный приём лекарств	7	65	7	67
Личная гигиена	4	36	5	40

В последние годы имеет место тенденция к увеличению числа пациентов, испытывающих потребность в организации дневной занятости, стремящихся к расширению кругозора, реализации творческих способностей, приобретению

новых навыков. Для этой цели в отделении организованы кружки по интересам в сотрудничестве с рядом общественных организаций (Общественная организация инвалидов и их родственников «Новые возможности. Омичи») и

волонтерских движений студентов ВУЗов (ОмГПУ, ОмГУ им. Ф.М. Достоевского, ОмГМУ), а также с участием в качестве ведущих пациентов, обладающих разнообразными творческими способностями.

Трижды в неделю проводятся занятия Волкального кружка «Веселые ребята», средней продолжительности 60 минут. Кружок регулярно посещает около 30 пациентов, причем постоянно идет обновление состава. Участники из числа пациентов клиники с удовольствием занимаются на репетициях и готовят выступления к дням Именинника, Дню «Психического здоровья», «Дню пожилого человека», календарным праздникам в подразделениях больницы и на общепольничных мероприятиях. Так, за 2015 год было проведено четыре общепольничных праздника: «Международный женский день», «День Победы», «Звуки наших сердец», «Новый год» на центральном пищеблоке. Участники кружка принимали участие в Третьем Московском международном Фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны» (ноябрь 2014 г.).

Дважды в неделю идут занятия Театральной студии «Коммуналка», где ребята приобретают и закрепляют навыки по сценической речи, актерскому мастерству, готовят сценки, спектакли зарисовки по мотивам пьес. В спектаклях все роли исполняют лица, страдающие психическими расстройствами. Участники выступают на общепольничных мероприятиях, и в отделениях (в том числе принудительного лечения, где у пациентов нет возможности выхода за территорию). В 2012 г. театральная студия больницы принимала участие в гала-концерте Второго Московского международного Фестиваля творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны».

Дважды в неделю проводится кружок «Мягкая игрушка», где участники обучаются мастерству вязания, вышивания, изготовления мягких игрушек и т.п. Материалы для работы приносят участники кружка, реализуют свои идеи на практике, обмениваются интересными решениями, делятся опытом работы в разных техниках.

Кружок «Палитра» объединяет желающих научиться рисовать. Кружок посещают пациенты с разными возможностями, и все получают одобрение, как других участников кружка, так и руководителя, и сотрудников отделения. Работы выставляются в отделении. А так же принимают участие в общепольничных творческих выставках, организованных и регулярно проводимых ко «Дню психического здоровья» с награждением отделений, концертом в Клубе-2.

Работы участников направляются для участия в Московском международном Фестивале

творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны».

Поэтический кружок включает еженедельные встречи, где участники выступают, читают свои стихи, обмениваются мнениями. В 2012 году за счет спонсорских средств был выпущен сборник стихов, календарь со стихами и рисунками пациентов.

Шахматный кружок «Ход конем» объединяет любителей шашек и шахмат. Регулярно проводятся турниры среди пациентов. Здесь так же проводят обучающие курсы желающим приобрести навыки игры.

Большое внимание уделяется проведению спортивных мероприятий. В зимнее время это настольный теннис, в летнее время волейбол, баскетбол, городки на открытой площадке. Стала традиционной Летняя спартакиада по разнообразным видам спорта (шашки, шахматы, дартс, командная спортивная игра, волейбол, настольный теннис). Привлекаются к участию пациенты, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении. По итогам спартакиады проводится награждение команд почетными грамотами и призами. Вовлечение пациентов в спортивные мероприятия способствует формированию здорового образа жизни и ответственности за свое физическое здоровье, повышению коммуникации между участниками, увеличивает общую активность, способствует улучшению микроклимата в отделении. Контроль за проведением мероприятий лежит на сотрудниках больницы.

В течение ряда лет поддерживается связь с культурными и досуговыми учреждениями города Омска, администрация больницы составляет письма-обращения и договаривается с администрацией учреждений на благотворительное посещение театров, кинотеатров, музеев, выставок для пациентов ПДМРО и других подразделений больницы. Культурные учреждения города (ТЮЗ, Пятый театр) выделяют бесплатные билеты, предоставляя возможность лицам с психическими расстройствами смотреть спектакли, кинофильмы, выставочные экспозиции. Так же ежегодно организуется групповой выход на открытые выставочные площадки «Флора», «Агро-Омск», «Наутилус». Каждое лето пациенты отделения выезжают в Ачаирский монастырь. Администрация больницы выделяет автотранспорт для пациентов стационарных и детско-подростковых подразделений.

Ежедневная занятость пациентов приводит к улучшению качества жизни данной категории граждан, повышению мотивационного тонуса, самооценки, расширению круга общения, формированию навыков независимого проживания и др., а так же способствует вовлечению лиц с психическими расстройствами в общественную жизнь.

КОМПЛЕКСНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРОЖИВАЮЩИХ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

О.В. Копотиенко, О.И. Прокаева

*Автономное стационарное учреждение социального обеспечения Омской области
«Омский психоневрологический интернат»*

Аннотация. В Омском психоневрологическом интернате разработана программа по восстановлению и сохранению физических и психических функциональных возможностей инвалидов, страдающих психическими расстройствами. Задачи данной программы является улучшение качества жизни пациентов посредством создания в учреждении благоприятной терапевтической среды, а также снижение стигматизации путем социализации и интеграции в общество. Активно ведется внедрение совместных с общественными и некоммерческими организациями программ социальной направленности, в том числе и инновационных.

Ключевые слова. Психиатрическая инвалидность, качество жизни психически больных.

COMPREHENSIVE MEASURES TO IMPROVE QUALITY OF LIFE AND QUALITY OF LIVING SOCIAL SERVICES

Kopotienko O.V., Prokaeva O.I.

Resume. In Omsk psychoneurological boarding developed a program for the restoration and preservation of physical and mental features of mentally disabled patients. The objectives of this program is to improve the quality of life for patients through the establishment of the institution supportive therapeutic environment, and reducing stigma by the socialization and integration into society. We are actively implementing joint projects with public and non-profit organizations of social programs, including innovation.

Keywords. Mental disability, quality of life of the mentally ill patients.

В свете майских указов Президента Российской Федерации В.В. Путина по улучшению качества жизни граждан РФ в АСУСО «Омский психоневрологический интернат» разработана программа по их реализации. Целью данной программы является восстановление и сохранение физических и психических функциональных возможностей наших клиентов.

Задачи данной программы:

- улучшение качества жизни наших клиентов посредством создания в учреждении благоприятной терапевтической среды;
- снижение стигматизации психоневрологических учреждений социального обслуживания путем социализации и интеграции в общество наших клиентов, внедрение совместных с общественными и некоммерческими организациями программ социальной направленности. Освещение в региональных и центральных СМИ позитивного опыта данного сотрудничества;
- разработка и внедрение инновационных реабилитационных программ.

Инструментами данной программы являются:

- укрепление материально-технической базы учреждения для улучшения условий жизни граждан, проживающих в учреждении.

Строительство жилого корпуса на 100 мест с административным корпусом и приемно-карантинным отделением на 40 человек для приведения жилой площади на одного проживающего к нормативу. Проектно-сметная документация на сумму 560,2 млн. рублей в ценах II квартала 2013 года имеется реконструкция внутренних помещений 1,2,6 отделений с учетом проживания не более 4х человек в палате.

Сметная документация на сумму 2,21 млн. рублей в ценах IV квартала 2014 года имеется. Устройство приточно-вытяжной вентиляции в 6 и 7 отделениях, проектно-сметная документация на сумму 3,6 млн. рублей в ценах III квартала 2014 года имеется. Регулярное финансирование – на текущий ремонт зданий, инженерной инфраструктуры и благоустройство территории, замену подвижного состава транспорта.

- сохранение и укрепление кадрового состава учреждения, укомплектование штатного расписания специалистами высокого профессионального уровня, приведение штатного расписания интерната к нормативному уровню и нагрузкам, обеспечивающим качественное оказание социальных услуг и полипрофессиональный подход к работе с проживающими гражданами по направлениям:

Социально-медицинскому, включающему обеспечение медицинскими препаратами, парамедицинскими изделиями и медицинской диагностической и лечебной аппаратуры.

Социально-бытовому, включающему:

- создание условий проживания, приближенным к домашним;
- благоустройство прилегающей территории, создание зон отдыха, ландшафтных пейзажей, клумб, высадка декоративных деревьев и кустарников;
- сохранение и развитие навыков и способностей граждан к автономному проживанию.

Итогом данного направления явилось создание инновационной социально-реабилитационной программы «Дом, в котором я живу» и открытие в мае 2014 года отделения независимого проживания с минимальной со-

циальной поддержкой на 16 мест, а также создание социально-реабилитационной программы «Если бы молодость знала, если бы старость могла». Она позволяет поддерживать связь молодого и старшего поколений в интернате, вовлекать их в совместную культурно-досуговую деятельность и тем самым обеспечивать активное долголетие и улучшение качества жизни клиентов.

Социально-педагогическое направление включает восстановление и развитие интеллектуально-эстетических возможностей личности. В рамках этого направления созданы и функционируют социально-реабилитационные программы «Золотая маска», «Чудесная мастерская», «Спортландия», инновационная программа «Теосоциореабилитация», клубы по интересам: литературные «Вдохновение», «Литературная гостиная».

Театральный кружок «Золотая маска» имеет большой и разнообразный репертуар (за период существования кружка поставлено более 40 спектаклей), проживающие сами изготавливают кукол, костюмы, декорации и реквизит. Постановки театрального кружка неоднократно получали награды в различных смотрах и конкурсах.

Творческое объединение «Чудесная мастерская» включает в себя декоративно-прикладные кружки различного направления, призванные помочь проживающим овладеть основными приемами обработки разнообразных материалов в различных техниках: ИЗО, макраме, вышивка, плетение, вязание, лепка, работа с бумагой, природными материалами. Работы, изготовленные проживающими, многократно участвовали в различных выставках и занимали призовые места.



Спортивная программа «Спортландия» - это ступенька на пути интеграции людей с ограниченными возможностями в общество посредством физической культуры, спорта, туризма. Занятия в секции способствуют улучшению состояния здоровья проживающих, их физического развития, повышению общей и спортивной активности. Совершенствуются двигательные

умения и навыки, компенсируются нарушения физического развития и психомоторики. В рамках программы организованы секции:

- футбол (участие в турнирах по мини-футболу с 2006 года в г.Омске, г. Новосибирске, в Польше);
- лыжная подготовка: участие в городских спортивных мероприятиях «Лыжня России»;
- легкая атлетика: участие в «Кроссе наций», «Сибирском международном марафоне», «Рождественском полумарафоне»;
- волейбол;
- настольный теннис;
- финская ходьба;
- занятия на тренажерах;
- бадминтон;
- бильярд;
- шашки;
- дартс;
- коньки и катание на роликах.



В учреждении также создан вокальный кружок. Проживающие поют, играют на музыкальных инструментах, с концертными программами выступают на различных мероприятиях, как в стенах интерната, так и на городских и областных площадках.

Работа по данным программам создает благоприятные условия для интеллектуального и духовного воспитания личности, социально-культурного и профессионального самоопределения, развития познавательной активности и творческой самореализации, помогает развитию эстетических способностей, восстановлению когнитивных процессов и познавательных интересов у проживающих, улучшает навыки общения, способствует расширению сферы жизнедеятельности людей с ограниченными возможностями и их интеграции в общество.

Занятия в теологическом клубе (групповые беседы, лекции, поездки по святым местам и благодатным источникам Омской области) способствуют духовному воспитанию, расширению культурного кругозора, включению в новые социальные связи, удовлетворенности в духовных потребностях, преодолению внутренних проблем проживающих и прививанию мысли, что любовь к ближнему – основа жизни человека, независимо от его вероисповедания.



Социально-психологическому, включающему социально-реабилитационную программу индивидуально-групповых коррекционных занятий «Маршрут успеха», целью которой является обучение конструктивным способам поведения, поиском ресурса, позволяющего справиться с ситуацией и использовать ее в качестве позитивного жизненного опыта, и социально-реабилитационную программу социальной службы «Ищу тебя» - осуществляются мероприятия, направленные на восстановление у проживающих социальных связей, поиск родственников и знакомых. Работа с проживающими и их родственниками ведется постоянно: беседы, помощь в написании и прочтении писем, в установлении взаимосвязи с помощью средств мобильной связи и интернета.

В учреждении набирает силу волонтерское движение – проживающие дают благотворительные концерты в других учреждениях социального обслуживания и при необходимости

сами являются волонтерами в отделении «Милосердие», в детских домах, социальных центрах при проведении различных мероприятий.

Создание терапевтической среды, основанной на сотрудничестве клиентов со специалистами учреждения, социально-реабилитационные мероприятия, охватывающие все сферы социального функционирования наших клиентов, позволили добиться определенных результатов работы. С 2004 года:

- восстановлены социальные связи – 120 человек;
- проживают самостоятельно и создали семьи – 12 человек;
- выписаны в благополучные семьи – 90 человек;
- трудоустроены – 62 человека;
- проживают в отделении с минимальной социальной поддержкой – 14 человек;
- снизилось количество самовольных отлучек с территории интерната, межличностных конфликтов, алкоголизации.

Создание благоприятной терапевтической среды является неотъемлемой и основополагающей частью психосоциальной реабилитации граждан, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания психоневрологического профиля.



Клиника психических расстройств

УДК 616.447-0086-06

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ФАРА

Е.Н. Иванченко, М.И. Шеденко, Е.В. Спизарский,
Н.А. Долгановская, А.А. Кондратьева

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

Аннотация. Идиопатическая кальцификация базальных ганглиев, известная также как болезнь Фара, является редким генетическим наследственным неврологическим расстройством. Характеризуется аномальными отложением кальция в областях мозга, которые контролируют моторные функции. Благодаря использованию КТ, показано, что обызвествление наблюдается преимущественно в базальных ганглиях и коре головного мозга. В статье дана краткая гистологическая и клиническая характеристика данного заболевания и приведено клиническое наблюдение.

Ключевые слова. Болезнь Фара, нейродегенеративное заболевание.

CLINICAL CASE OF FAHR DISEASE

Ivanchenko E.N., Shedenko M.I., Spizharsky E.V., Dolganovskaya N.N., Kondrateva A.A.

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. Fahr disease, neurodegenerative disease.

Клинико-морфологическая характеристика

Головной мозг защищен от влияния различных токсических факторов гематоэнцефалическим барьером. Исключением остаются базальные ганглии, чувствительные к нарушениям обмена минералов, которые вызывают ряд заболеваний. Примерами являются накопление меди при болезни Вильсона, железа при болезни Галленвордена-Шпатца, органической ртути при болезни Минамата и марганца при токсическом паркинсонизме.

Кальцификация базальных ганглиев и других подкорковых ядер лежит в основе большой клинической проблемы, связанной со многими неврологическими нарушениями.

История. В 1850 году Delacour впервые описал сосудистые кальцификаты в базальных ганглиях 56-летнего мужчины с клиническими признаками ригидности мышц нижних конечностей и тремора. Он умер от острого заболевания, проявлявшегося тяжелой диареей, гипотензией и комой. Патоморфологическое исследование засвидетельствовало наличие двусторонней кальцификации головного мозга и склероза. Bamberger в 1855 году описал гистопатологические изменения в виде кальцификации мелких мозговых сосудов у женщины с задержкой психического развития и судорогами. В 1930 году Fahr описывает 81-летнего пациента с длительной деменцией, госпитализированного с лихорадкой, кашлем, пролежнями, “обездви-

живанием без паралича”, умершего через 3 дня. На вскрытии кора выглядела уплотненной, гранулярной, желудочки были заполнены серозной жидкостью, к тому же имела место кальцификация полукружного центра и стриатума. Имя данного ученого ассоциировалось со всеми формами двусторонней кальцификации базальных ганглиев и других отделов головного мозга, несмотря на тот факт, что не он первый описал указанную патологию.

Классификация. В настоящее время используют клиническую классификацию нейродегенеративных заболеваний, согласно которой выделяют две подгруппы:

1. Спорадические нейродегенеративные заболевания:

- Прогрессирующий надъядерный паралич (болезнь Стила - Ричардсона - Ольшевского)
- Мультисистемная атрофия.
- Деменция с тельцами Леви.
- Паркинсоническая деменция (синдром Гуам).

- Кортикобазальная дегенерация.
- Болезнь Альцгеймера.

2. Ирритативные нейродегенеративные заболевания:

- Болезнь Гентингтона.
- Болезнь Вильсона—Коновалова.
- Болезнь Фара.
- Болезнь Галервордена - Коновалова
- Болезнь Бессена — Корнцвейга.

Болезнь Фара (Fahr's syndrome) - это редкое нейродегенеративное заболевание, связанное с неатеросклеротическим обызвествлением коры полушарий, базальных ганглиев и зубчатых ядер мозжечка, вследствие отложения солей кальция и железа в стенки мелких артерий и артериол, а также в вещество головного мозга. Идиопатический кальциноз стенок сосудов головного мозга с прогрессирующей деменцией. Выделяют ювенильную и сенильную формы заболевания. Ювенильная форма проявляется у детей и подростков хореей или хореоатетозом, дистонией, дизартрией, эпилептическими припадками. У некоторых больных отмечается умственная отсталость, другие — интеллектуально сохранены. С возрастом гиперкинезы могут замещаться паркинсоническими симптомами. Основным проявлением сенильной формы, наблюдающейся у лиц среднего и пожилого возраста, является паркинсонизм, который характеризуется гипокинезией, ригидностью, микробазией, флексорной позой, замедленной монотонной речью, может сопровождаться другими экстрапирамидными синдромами, деменцией подкорково-лобного типа, мозжечковой атаксией, реже — пирамидной недостаточностью, эпилептическими припадками, недержанием мочи.

Этиология и патогенез болезни Фара. Этиология болезни Фара окончательно не установлена. Главным патогенетическим механизмом является нарушение кальций-фосфорного обмена. Основной причиной, которая может привести к данному нарушению обмена считается первичный (аутоиммунный) или послеоперационный эндокринный аденоматоз щитовидной либо паращитовидной железы. Другим возможным механизмом называют хронический респираторный алкалоз, приводящий к электролитным нарушениям (в виде гиперкальциемии, гипонатриемии), и как следствие приводящий к гипоксии головного мозга. Существует мнение о генетических механизмах нарушения обмена кальция при болезни Фара, ассоциируемых с определенным локусом хромосомы 14q.

Спорадические случаи обызвествления мозговых структур обнаруживают у больных гипопаратиреозом, у детей с болезнью Дауна, лейкоэнцефалитами. Также спорадические случаи обызвествления мозговых структур могут наблюдаться после введения в субарахноидальное пространство метатрексата, после облучения черепа, отравления угарным газом, свинцом, при хронической интоксикации витамином D. Случаи кальцификации подкорковых структур описаны у лиц, перенесших краснуху, у больных СПИДом. Кальцификаты в базальных ганглиях нередко выявляются у пожилых лиц, поэтому чаще встречается случайное сочетание болезни Паркинсона и кальцификации базальных ганглиев, нежели болезнь Фара. Поскольку

целый ряд расстройств сопровождается двусторонней кальцификацией подкорковых структур, лучше использовать термин, отражающий анатомическую локализацию, например «стриопаллидозубчатый», «стриопаллидарный» или «мозжечковый кальциноз».

Патологическая анатомия и гистология болезни Фара. При проведении патологоанатомического исследования макроскопически в головном мозге часто наблюдаются участки с ветвистыми плотными белесоватыми сосудами, издающими под лезвием ножа дробный хруст. При гистологическом исследовании срезов головного мозга (чаще коры полушарий, мозжечка, базальных ганглиев) характерным является обнаружение кольцевидных отложений солей кальция, расположенных между адвентицией сосудов и средней оболочкой или пограничной мембраной глии. При болезни Фара кальцификация встречается во всех участках мозга, но преобладает в области базальных ганглиев. Описано, что поражаются обычно артерии среднего и мелкого диаметра и капилляры, но в единичных случаях встречаются и кальцинированные вены. По ходу сосудов в прилежащей мозговой ткани обнаруживают россыпь мелких обособленных конгломератов кальция. Кальцинаты состоят из тонких нитей размером 140-400 мкм. В образцах тканей выявляются также следы мукополисахаридов, алюминия, мышьяка, кобальта, меди, молибдена, железа, свинца, марганца, магния, фосфора, серебра и цинка.

Клиническая картина заболевания разнообразна и не коррелирует с морфологическими данными. Болезнь Фара часто протекает бессимптомно. По данным ряда авторов, прижизненно эта болезнь выявляется только в 1-2% случаев. Так, Н. Goldscheider и соавт., проведя КТ головного мозга у 8000 больных, обнаружили кальцификацию базальных ганглиев у 19, и только у 6 из них имелись клинические симптомы болезни. Классической триадой при БФ являются типичные нейропсихиатрические симптомы, гипопаратиреоз и симметричная кальцификация базальных ганглиев, однако данные литературы указывают, что чаще встречаются неполные формы заболевания. Неврологическими симптомами являются разного рода экстрапирамидные нарушения (ригидность, тремор, гиперкинезы), преходящие или стойкие пирамидные знаки, эпилептические приступы, деменция. К наиболее распространенным проявлениям болезни Фара относятся двигательные нарушения, половина которых представлена паркинсонизмом, в остальных случаях наблюдаются гиперкинезы (хорея, тремор, дистония, атетоз, орофациальная дискинезия).

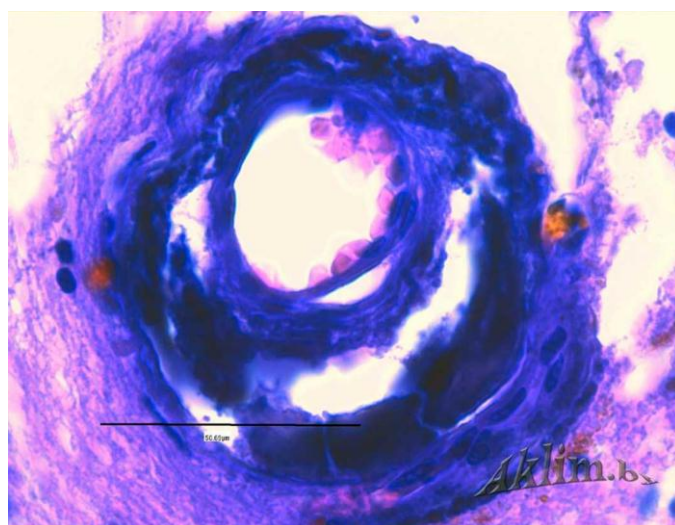
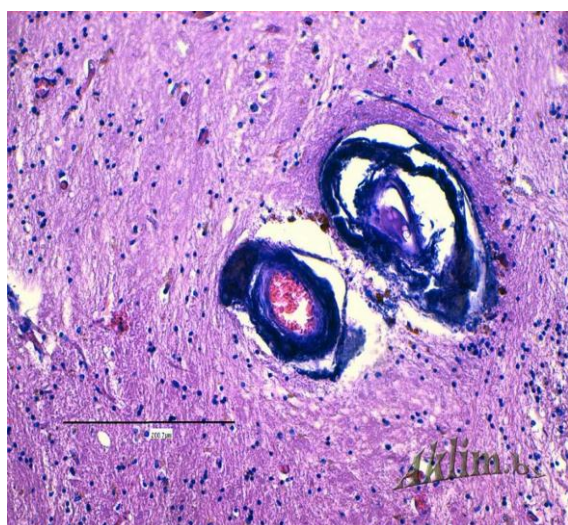
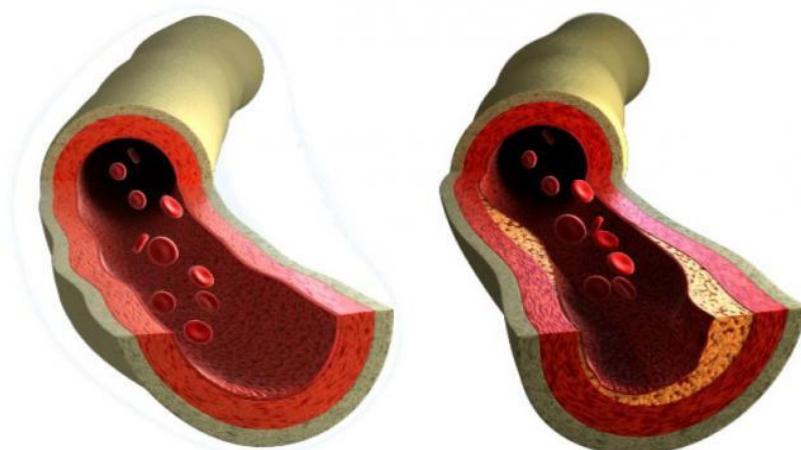


Рисунок 1. Гистология болезни Фара. В веществе головного мозга из зоны подкорковых ядер зональное обызвествление (практически без признаков склероза) стенок небольших сосудов (капилляров, мелких артерий и артериол) различной степени выраженности (от пылевидного включения солей кальция в толще стенки до полного замещения сосудистых стенок кальцинатами). Некоторые сосудистые стенки полностью замещены пылевидными солями кальция, сосуды выглядят как практически гомогенные кольца насыщенно синевато-фиолетового цвета.

Когнитивные расстройства являются вторым по распространенности синдромом, за ним следуют мозжечковые симптомы и нарушения речи. Нередко наблюдается сочетание различных клинических единиц, например гипокинезий, когнитивных нарушений и церебеллярных симптомов.

Другие неврологические микросимптомы включают пирамидные нарушения, психиатрические расстройства, нарушения походки и чувствительности, а также боль. По мнению большинства авторов, неврологические расстройства лишь косвенно связаны с локализацией и размерами очагов. Нередко отмечаются проявления гиперпаратиреоза или гипопаратиреоза: локальные судороги, тетанические спазмы, боли в дистальных отделах конечностей, положительные симптомы Хвостека и Труссо. Заболевание поражает людей любого возраста, но наиболее часто лиц молодого и среднего возраста (20-30 лет). Условно выделяют три груп-

пы больных: лиц молодого возраста с признаками церебрального кальциноза, пациентов с гипопаратиреозом и пожилых больных с относительно невыраженной кальцификацией.

Диагностика и лечение болезни Фара. Диагноз подтверждается нейровизуализационными методиками после исключения нарушений обмена кальция и пороков развития. При проведении рентгенографии черепа, компьютерной томографии у пациентов с болезнью Фара в головном мозге наблюдаются множественные массивные симметричные очаги обызвествления подкорковых ганглиев (чаще бледного шара) и колена внутренней капсулы (рентгенологический синдром Фара).

Несмотря на широкую доступность КТ или МРТ и частые случайные находки отложений кальция в подкорковых ядрах у бессимптомных пациентов, болезнь Фара (двусторонний стриопаллидозубчатый кальциноз) остается редким заболеванием. Если паркинсонизм сочетается с

деменцией и мозжечковыми симптомами, то КТ головного мозга остается важнейшим диагностическим инструментом, поскольку вышеописанное заболевание часто сопровождается вышеупомянутыми нарушениями. Главной проблемой в дифференциальной диагностике остается гипопаратиреоз. Определение кальция и паратгормона сыворотки помогает отличить гипопаратиреоз от двустороннего стриопаллидозубчатого кальциноза, если при томографии визуализируется двусторонняя кальцификация стриопаллидозубчатых структур.

Дифференциальная диагностика болезни Фара часто проводится с паразитарным поражением нервной системы (токсоплазмоз, эхинококкоз, цистицеркоз). В этих случаях диагностическую ценность представляют эпидемиологический анамнез и специфические серологические реакции в крови и спинномозговой жидкости. Реже заболевание дифференцируют с туберозным склерозом Бурневиля, при котором встречаются характерные изменения кожи.

Терапия носит симптоматический характер и, как правило, направлена на улучшение кальций-фосфорного обмена; при наличии симптомов паркинсонизма предпочтительнее использовать препараты леводопы (мадопар, синемет, наком), нежели дофаминовые агонисты. В качестве патогенетического лечения показаны назначение антиоксидантов, мозговых метаболитов, воздействие на электролитный состав крови.

Клинический случай

Пациентка Т., 63 года находилась на стационарном лечении в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» с 28.12.2015 по 05.01.2016 с диагнозом:

Основной диагноз: Болезнь Фара, сенильная форма (неатеросклеротическая симметричная интрацеребральная кальцификация базальных ганглиев с распространением на полушария головного мозга и мозжечок). G 31.8 Экстрапирамидный синдром. Вторичный судорожный синдром генерализованного типа. Органическое психотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями с интеллектуально-мнестическим снижением. F 06.818

Осложнение основного диагноза: Двухсторонняя очаговая пневмония. Отек мозга. Отек легких.

Сопутствующий диагноз: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты. ХСН 1-2. Артериальная гипертензия 2 ст., риск 4. Состояние после оперативного лечения ЗНО щитовидной железы (1992 г).

Жалоб при поступлении выявить не удалось по психическому состоянию.

Anamnesis morbi: В стационар КПБ поступает впервые. Анамнестические сведения по состоянию собрать не удастся. Со слов дочери известно: наследственность психопатологически не отягощена. Последние 8 лет проживает

одна, т.к. дочь с внучкой выгнала из дома, считала что они «испортили ей жизнь, не дали устроить личную жизнь». С тех пор в квартиру не пускала, общаться не хотела, только по телефону или через соседей. В декабре 2015 года дочери поступил звонок от соседей, что состояние матери «плохое», резко снизилась память, стала неадекватной в беседе, перестала узнавать соседей. В своей квартире устроила склад вещей, которые приносила с помойки в огромных количествах, захлामीла всю квартиру», забывала закрывать газ, сожгла посуду. 22.12.15 г. была осмотрена участковым психиатром на дому, дано направление на госпитализацию в стационар. 23.12.15 г. бригадой скорой помощи КПБ доставлена в приемное отделение, в машине впервые в жизни возник развернутый генерализованный судорожный приступ с потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами, непроизвольным мочеиспусканием. После осмотра невролога с подозрением на ОНМК направлена в клинический кардиодиспансер, где находилась с 23.12.2015г. по 28.12.2015 г. После проведенного обследования (МСКТ головного мозга) выставлен диагноз: болезнь Фара с когнитивными нарушениями. 28.12.2015 скорой помощью КПБ доставлена в стационар для дальнейшего лечения.

Anamnesis vitae. Раннее развитие без особенностей. Образование средне-специальное (окончила 10 классов, затем авиационный техникум в Омске по специальности электромеханика). Работала по специальности в воинской части, затем попала под сокращение. Далее работала санитаркой-буфетчицей в МСЧ № 10. На пенсии с 55 лет. Дважды была замужем, в разводе. От первого брака есть дочь. Туберкулез, вирусный гепатит, травмы головы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотиков отрицает. Из операций – аппендэктомия в молодости, тотальное удаление щитовидной железы по поводу ЗНО в 1992 году, миомэктомия в 2002 г. Из хронических заболеваний: артериальная гипертензия, ИБС.

Status praesens. Соматически: осмотрена на носилках. Состояние средней степени тяжести. Питание достаточное. В правом предплечье катетер. Кожа дряблая, морщинистая, тургор кожи снижен. В области шеи старый послеоперационный рубец. В области правого предплечья, обеих бедер отцветающие кровоподтеки различной давности и размера. АД 130/80 мм рт.ст. Пульс 100 ударов в минуту. Дыхание жестковатое, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ритмичные, приглушены, учащены. Живот мягкий, безболезненный, по средней линии и в правой подвздошной области старые послеоперационные рубцы. Печень несколько увеличена +2 см. Находится в памперсе, стоит катетер Фолея. Периферических отеков нет. Неврологически: Ме-

нингеальных знаков нет. Глазные щели: S = D, зрачки равные, реакция на свет сохранена, за молоточком следит. Конвергенции, нистагма нет. Асимметрия носогубных складок, язык по центру. Речь невнятная, обращенную речь понимает с трудом. Дисфагии нет. Сухожильные рефлексы снижены, симметричные. Проба Барре отрицательная. Патологических знаков нет. Психически: сознание сохранено. На обращенную к ней речь реагирует, открыла глаза, но многие просьбы не выполняет, с трудом открыла рот. Продуктивному контакту практически недоступна. Назвала только свое имя, отчество. В месте и времени дезориентирована. Возраст путает. Календарное время не знает. Многие вопросы оставляет без внимания, в ходе беседы отворачивается от врача. На момент осмотра психопродукции в виде бреда, галлюцинаций выявить не удастся. Моторно заторможена. Память, интеллект грубо снижены. Мышление непродуктивное. Критика к своему состоянию отсутствует. Осмотр специалистов. Невролог. Неврологический статус: сознание сохранено. Менингеальных знаков нет. Глазные щели: S = D, зрачки равные, реакция на свет сохранена, за молоточком следит. Конвергенции, нистагма нет. Асимметрия носогубных складок, язык по центру. Речь невнятная, обращенную речь понимает с трудом. Дисфагии нет. Сухожильные рефлексы снижены, симметричные. Проба Барре отрицательная. Патологических знаков нет.

Диагноз. Болезнь Фара. Психоорганический синдром. Единичный Grand mal (23.12.15). Терапевт. Диагноз: ИБС. Атеросклеротическая болезнь сердца. Атеросклероз аорты. ХСН 1-2. ФК 1. Артериальная гипертензия 2 ст., риск 4. Состояние после оперативного лечения ЗНО щитовидной железы (1992 г). Послеоперационный гипотиреоз. Данные инструментальных исследований. Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга от 23.12.2015г. – КТ-картина симметричных обызвествлений базальных ядер головного (факоматоз) наиболее

характерная для болезни Фара. За время пребывания в отделении контакт носил малопродуктивный характер, самостоятельно не садилась, не переворачивалась, в самоуходе не состоятельна, дважды наблюдались судорожные приступы в виде тонических судорог с потерей сознания. 03.01.2016 состояние значительно ухудшилось: уровень сознания – кома. Была переведена в палату реанимации и интенсивного наблюдения КПБ, вновь осмотрена терапевтом, реаниматологом. Не смотря на проводимые лечебные, реанимационные мероприятия 05.01.2016 в 10.10 у пациентки констатирована биологическая смерть от остановки дыхания и сердечной деятельности. Заключение патологоанатомического вскрытия: Основной диагноз: Болезнь Фара, сенильная форма (неатеросклеротическая симметричная интрацеребральная кальцификация базальных ганглиев с распространением на полушария головного мозга и мозжечок). G 31.8

Гистологически – кольцевидные отложения солей кальция, расположенных между адвентицией артерий, вен и средней оболочкой или пограничной мембраной глии; Клинически – экстрапирамидный синдром, вторичный судорожный синдром генерализованного типа. Органическое психотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями с интеллектуально-мнестическим снижением. F 06.818

Осложнение основного диагноза. Двусторонняя серозно-гнойная очаговая полисегментарная пневмония. Острое венозное полнокровие внутренних органов. Отек легких. Отек головного мозга.

Сопутствующий диагноз. Состояние после оперативного лечения ЗНО щитовидной железы (тотальная тиреоидэктомия, паратиреоидэктомия, 1992 г). Атеросклероз аорты, коронарных артерий, церебральных артерий. ХСН 1-2. Артериальная гипертензия 2 ст., риск 4.

Литература

1. Величко М.А., Васильев В.В., Филиппов Ю.Л. Синдром Фара при гипертонической болезни // Клиническая медицина. — 1993. — № 2. — С. 55-58.
2. Евтушенко С.К. Синдром болезни Фара (соматоневрологические проявления) // Редкие и труднодиагностируемые заболевания нервной системы. — Святогорск, 2003. — С. 15-20.
3. Петелин Л.С., Фокин М.А., Борзунов Т.А., Шаповалова М.В. Синдром Фара // Журнал неврологии и психиатрии. — 1988. — № 9. — С. 65-67.
4. Пономарев В.В., Науменко Д.В. Болезнь Фара: клиническая картина и подходы к лечению // Журнал неврологии и психиатрии. — 2004. — № 3. — С. 42-45.
5. Федулова М.В., Русакова Т.И., Ермоленко Э.Н. Болезнь Фара, выявленная при судебно-медицинской экспертизе // Судебно-медицинская экспертиза. — 2006. — № 5. — С. 35-37.
6. Трухан Д.И., Лебедев О.И. Изменения органа зрения при заболеваниях внутренних органов. — М., 2014. — 208 с.

Психофармакотерапия

УДК: 616.89

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЛАНЗАПИНА У ПАЦИЕНТА С ПРОСТЫМ ТИПОМ ШИЗОФРЕНИИ

Н.А. Долгушева, О.В. Вихорев, Д.А. Ткаченко, О.В. Кириллова, Ю.Г. Бикмаева, А.Е. Долгушева, А.Н. Иванчук

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

Аннотация. Приведено клиническое наблюдение применения оланзапина у пациента с простой формой шизофрении. Назначение оланзапина привело к значительному улучшению состояния больного за счет редукции негативной симптоматики. По данным клинических и лабораторных исследований нежелательных эффектов на фоне приема данного препарата выявлено не было. Субъективно пациент отмечал хорошее самочувствие при применении данного лекарственного средства. Хорошая переносимость и выраженный клинический эффект способствовали развитию установки на дальнейший прием препарата в амбулаторных условиях.

Ключевые слова. Оланзапин, простой тип шизофрении.

CLINICAL EXPERIENCE WITH OLANZAPINE IN A PATIENT WITH SIMPLE TYPE OF SCHIZOPHRENIA

Dolgusheva N.A., Vikhorev O.V., Tkachenko D.A., Kirillova O.V., Bikmaeva Y.G., Dolgusheva A.E., Ivanchuk A.N.

Resume. Powered by clinical case of the use of olanzapine in patients with simple schizophrenia. Appointment of olanzapine resulted in a significant improvement of the patient due to the reduction of negative symptoms. According to clinical and laboratory adverse events in patients receiving this drug has not been revealed. Subjectively, patients have good health when using this drug. Good tolerability and pronounced clinical effect contributed to a further development of the installation receiving the drug on an outpatient basis.

Keywords. Olanzapine, simple type of schizophrenia.

Здоровье психическое и физическое – важнейший фактор для полноценной жизни человека. Психические расстройства являются огромной проблемой и для отдельного человека, и для общества в целом. Одно из самых тяжелых и распространенных психических расстройств – шизофрения, которой страдает около 1% человеческой популяции. Это заболевание поражает лиц молодого трудоспособного возраста и быстро приводит к инвалидизации из-за нарастания негативной симптоматики и развития специфического дефекта личности. Если для купирования острых психотических расстройств современная фармакология предлагает широкий арсенал эффективных средств, то негативная симптоматика становится практически не-обратимым препятствием для возвращения человека к полноценной жизни.

Долгое время считалось, что невозможно создать мощный антипсихотик без выраженного влияния на моторные функции и что, таким образом, способность этих средств купировать психозы неизбежно связана с их неврологическими (экстрапирамидными) побочными эффектами. Однако в 1968 году был синтезирован препарат клозапин, при применении которого риск возникновения экстрапирамидных побочных эффектов оказался намного ниже, а эффективность в отношении резистентной симптоматики — выше. Впрочем, через некоторое время обнаружилось, что при приёме клозапина воз-

можно развитие других, тоже тяжёлых осложнений, и основной целью исследователей стал синтез препаратов, равных по эффективности клозапину, но более безопасных. Были получены новые средства, которые, невзирая на большую химическую и фармакологическую гетерогенность, получили общее название атипичных антипсихотиков из-за низкого риска возникновения побочных неврологических нарушений.

Сам же клозапин был изъят из оборота в связи с относительно частыми случаями смертей от агранулоцитоза; в 1990 году он был возвращён в клиническую практику из-за его уникальных свойств, но с указанием на необходимость контроля картины крови в ходе лечения. Выяснилось, что клозапин эффективно влияет не только на продуктивные симптомы шизофрении (бред, галлюцинации, подозрительность, нарушения мышления), но и, по-видимому, на негативные, в отличие от классических (типичных) антипсихотиков, которые в высоких дозах сами индуцируют вторичную негативную симптоматику. Эти же свойства характерны и для других атипичных антипсихотиков. Вторым препаратом из группы атипичных антипсихотиков был рисперидон, выпущенный на рынок в 1994 году. В 1996 году получил регистрацию в США под торговым названием *Zyprexa* третий представитель этой группы – оланзапин, разработанный фирмой *Eli Lilly*. В настоящее время в РФ используются 10 препаратов этой группы – клозапин,

рисперидон, палиперидон, амисульприд, зипрасидон, сертиндол, оланзапин, кветиапин, арипипразол, азеннапин. В 2010 году государственную регистрацию получил луразидон, еще два атипика – илоперидон и карипразин – используются в США и Европе, однако данных об их регистрации в РФ на момент выхода статьи не получено.

С созданием атипичных антипсихотиков появилась возможность бороться с вторичной негативной симптоматикой, приостанавливать развитие дефекта личности и социальной дезадаптации. И, что немаловажно, атипичные антипсихотики в сравнении с типичными легче переносятся, реже вызывают нежелательные эффекты, благодаря чему пациенты реже отказываются от продолжения терапии. В данной статье представлен клинический опыт применения атипичного антипсихотика оланзапина у пациента с простым типом шизофрении.

Пациент С., 1980 года рождения. Поступил на стационарное лечение в БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников» впервые. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена, но известно, что родная сестра «странная по характеру». Родился четвертым ребенком из пятерых детей в семье, от пятнадцатой беременности у матери, протекавшей без особенностей. Масса тела при рождении 3700 гр, наблюдалась аспирация в родах, распространённый цианоз лица. Раннее развитие ребенка соответствовало возрасту. В школу пошел с семи лет. Обучался в общеобразовательной школе, успеваемость была низкой, дублировал шестой класс, после чего обучение оставил. По характеру был спокойным, малообщительным, школьную дисциплину не нарушал, увлечений в школьные годы не имел. В дальнейшем нигде не учился, непродолжительное время работал на току, но был уволен из-за прогула. Длительное время проживал с родителями, женат не был. Проживал по недействительному паспорту СССР, который получил в 1997 году. На службу в армию не призывался из-за отсутствия среднего образования. В 2000 году в результате аварии получил закрытую черепно-мозговую травму, сотрясение головного мозга, перелом костей в тазобедренном суставе. Лечение получал в амбулаторных условиях. В последующем ничем не болел, за медицинской помощью не обращался. Употребление спиртных напитков отрицает. Со слов пациента, эпизодически в течение года с частотой 1-2 раза в неделю курил коноплю. Употребление других наркотических, токсических, психоактивных веществ категорически отрицает.

Первые указания на изменения психического состояния датируются 2007 годом, записью в амбулаторной карте: постоянно сидит дома, на улицу ходит очень редко, заторможен. С людьми не общается, сидит в зашторенной квартире.

Был выставлен диагноз: «депрессивное состояние?». В дальнейшем проживал один без электричества, водоснабжения, подсобного хозяйства. Находился на полном материальном обеспечении у родителей в связи с отсутствием собственных денежных средств. Родной брат характеризовал пациента, как крайне замкнутого, «ходит только к родителям поесть и попить. Телевизор не смотрит, телефона, компьютера не имеет, книг, журналов не читает. На вопросы часто отвечает невпопад». В декабре 2013 года у пациента в доме были обнаружены наркотические вещества (марихуана, вещество растения конопля). Утверждал, что хранил у себя запрещенные вещества для собственного употребления, якобы без цели сбыта. На пациента было заведено уголовное дело, подозревался по статье 228 УК РФ. В связи с возникшим сомнением в психическом состоянии была назначена судебно-психиатрическая экспертиза, для проведения которой и поступил в отделение судебно-психиатрической экспертизы в феврале 2014 года. За время нахождения в отделении фон настроения был несколько снижен, эмоции маловыразительные, монотонные. Был формален, отгорожен, пассивен, безынициативен, полностью безразличен к сложившейся ситуации, ни с кем не общался, время проводил в пределах постели, критики к состоянию, совершенному правонарушению не было. При обследовании был выставлен диагноз: «Шизофрения, простой тип, непрерывное течение». Был признан невменяемым, рекомендовано принудительное лечение в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированно типа. В дальнейшем был переведен на принудительное лечение в отделение общего типа, куда и поступил 12.03.2014 года.

Анализ эффективности. При поступлении тяжесть состояния определялась негативной симптоматикой: выраженными нарушениями мышления (малопродуктивность, аморфность, разноплановость, паралогичность, соскальзывания, склонность к пустому рассуждательству), изменениями со стороны эмоционально-волевой сферы (отгороженность, формальность контакта, безынициативность, снижение энергетического потенциала, круга интересов, эмоциональная оскудненность, трудности волевого контроля поведения), а также выраженной интровертированностью, значительным нарушением критических и прогностических способностей. В отделении пассивно подчинялся режиму. Время проводил праздно, преимущественно в пределах постели. В контакт с медицинским персоналом вступал по необходимости, с пациентами не общался. Был бездеятелен, аутичен, ничем не интересовался, к проводимому обследованию относился равнодушно. Во время общения избегал визуального контакта, был ги-

помимичен, сидел в однообразной позе. Обращали на себя внимание отгороженность, формальность в общении. Активно жалоб на здоровье не предъявлял, просьб не высказывал. Бредовых идей, обманов восприятия активно появлением, высказываниями не обнаруживал. Обстановкой не тяготился. К своей дальнейшей судьбе был безразличен, отсутствовала критическая оценка своего состояния, сложившейся судебно-следственной ситуации.

В отделение получал лечение галоперидолом 10 мг в сутки в течение месяца. Психическое состояние не улучшилось, сохранялась малопродуктивность, разноплановость, паралогичность мышления, пассивность, отгороженность, аутичность, полное отсутствие интереса к ситуации, своему будущему, отсутствие критики. Одновременно появились нежелательные побочные эффекты в виде экстрапирамидных нарушений, в связи с чем доза галоперидола была снижена до 6 мг в сутки и назначен корректор – циклодол 4 мг в сутки. При этом динамики в психическом состоянии пациента не определялось, экстрапирамидные нарушения не купировались. Галоперидол был отменен в связи с неэффективностью и выраженными побочными эффектами.

С сентября 2014 года назначен оланзапин в дозе 10 мг в сутки вечером. Постепенно на фоне приема данного препарата купировались нежелательные побочные эффекты, появилась положительная динамика в психическом состоянии. Мышление стало более целенаправленным. Стал активнее, живее, начал общаться с окружающими, вовлекаться в трудовые процессы и досуговые мероприятия (чтение книг, просмотр телепередач). Посещает групповые занятия с психологом по программе когнитивного тренинга. Постепенно формируется критическое отношение к заболеванию, совершенному правонарушению, установка на дальнейший прием лекарств. Сам пациент субъективно отмечает улучшение своего состояния. Начал интересоваться сроками госпитализации, выпиской из стационара. После выписки из стационара планирует привести в порядок дом, попытаться трудоустроиться. При сравнении экспериментальных психологических заключений от 21.02.14. и от 11.11.15. отмечается улучшение состояния: пациент проявляет интерес к обследованию, довольно охотно идет на контакт, появилась стройность, целенаправленность мышления, эмоциональный отклик на беседу, критично оценивает свое состояние. После очередного освидетельствования учитывая значительное улучшение психического состояния, появление критики к заболеванию, совершен-

ному правонарушению, настрой на амбулаторный прием лекарств принудительное лечение прекращено. Планируется выписка из стационара.

Анализ безопасности. Наиболее частыми побочными эффектами при приеме оланзапина являются: лейкопения, нейтропения, эозинофилия, повышение массы тела, повышение концентрации глюкозы, холестерина, триглицеридов, глюкозурия, повышение аппетита, сонливость, головокружение, экстрапирамидные нарушения, артериальная гипотензия, преходящее повышение активности печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ), снижение либидо, эректильная дисфункция, гиперпролактинемия, астения.

В период лечения оланзапином пациенту регулярно проводились общеклинические анализы, а также контроль масса тела и уровня артериального давления.

Показатели общего и биохимического анализов крови, а также анализа крови на пролактин от ноября 2015 года (через 14 месяцев после начала терапии оланзапином), в пределах нормы. Выраженного увеличения массы тела на фоне приема пациентом оланзапина выявлено не было. Уровень артериального давления колебался в пределах 110/70 – 120/80 мм рт. ст.

За время приема оланзапина от пациента жалоб на здоровье не поступало.

При осмотре терапевта в ноябре 2015 года патологии не выявлено, пациент соматически здоров.

В данном клиническом наблюдении лечение галоперидолом пациента с дефицитарной симптоматикой в рамках шизофрении оказалось неэффективным и привело к формированию экстрапирамидных нарушений, в связи с чем препарат был отменен. Назначение оланзапина привело к значительному улучшению состояния больного за счет редукции негативной симптоматики, что указывает на его эффективность в терапии негативных расстройств. Кроме того, по данным клинических и лабораторных исследований нежелательных эффектов на фоне приема данного препарата выявлено не было. Субъективно пациент отмечал хорошее самочувствие при применении данного лекарственного средства.

Таким образом, оланзапин зарекомендовал себя как эффективный и безопасный препарат для лечения больных с преимущественно дефицитарной симптоматикой в рамках шизофрении. Хорошая переносимость и выраженный клинический эффект способствовали развитию установки на дальнейший прием препарата в амбулаторных условиях.

Судебная психиатрия

УДК: 616.89

СЛУЧАЙ ПАРАНОИДНОГО РАССТРОЙСТВА, РАЗВИВШЕГОСЯ НА ФОНЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕСКОЛЬКИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Т.А. Сазонова, С.А. Патер, С.З. Воронова

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

Аннотация. Среди всех подэкспертных, признанных невменяемыми, больные с психозами, вызванными употреблением психоактивных веществ, составляют 10-12%. Значительную социальную опасность представляют больные с алкогольными параноидными. Общественно опасные действия в этих случаях отличаются неожиданностью и особой жестокостью. Обычно они направлены на лиц ближайшего окружения и имеют психопатологическую мотивацию. В большинстве случаев обнаруживается прямая или косвенная связь общественно опасного поведения с имеющимися психопатологическими переживаниями. В этих случаях общественно опасные действия обусловлены бредовыми идеями преследования. Больные совершают агрессивные действия по механизмам бредовой защиты либо бредовой мести. Согласно данным амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы нашей больницы в течение 2 лет (2013-14) было проведено 529 экспертиз в отношении лиц, страдающих синдромом зависимости от различных психоактивных веществ. Из них признаны невменяемыми 10 человек. В качестве иллюстрации приводится пример параноида у лица, склонного к употреблению различных психоактивных веществ.

Ключевые слова. Общественно опасные действия психически больных, невменяемость, множественная химическая зависимость.

THE CASE OF PARANOID DISORDER THAT DEVELOPED ON THE BACKGROUND OF THE USE OF MULTIPLE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE PRACTICE OF OUTPATIENT PSYCHIATRIC EXAMINATION

Sazonova T.A., Pater S.A., Voronova S.Z.

Resume. Among all of the subject, declared insane, patients with psychosis, substance abuse, constitute 10-12%. A significant social danger are patients with alcoholic paranoia. Socially dangerous acts in these cases are different and unexpected cruelty. Usually, they are aimed at people's inner circle and have psychopathological motivation. In most cases, it found a direct or indirect link with socially dangerous behavior of existing psychopathological Survivations. In these cases, socially dangerous acts are due to delusional ideas of persecution. Patients commit aggressive acts on the mechanisms of protection delusional or crazy revenge. According to the outpatient forensic psychiatric examination in our hospital over 2 years (2013-14) was conducted 529 examinations in relation to persons suffering from the syndrome of dependence on various substances. Of these, 10 people declared insane. To illustrate an example of paranoia a person inclined to use different psychoactive substances.

Keywords. Socially dangerous actions mentally sick, insanity, multiple chemical dependency.

Среди всех подэкспертных, признанных невменяемыми, больные с психозами, вызванными употреблением психоактивных веществ (в том числе алкоголя), составляют 10-12%. Среди них значительную социальную опасность представляют больные с алкогольными параноидными. Общественно опасные действия (ООД) в этих случаях отличаются неожиданностью, особой жестокостью. Обычно они направлены на лиц ближайшего окружения и имеют психопатологическую мотивацию. В большинстве случаев обнаруживается прямая или косвенная связь общественно опасного поведения с имеющимися психопатологическими переживаниями. В этих случаях ООД обусловлены бредовыми идеями преследования. Больные совершают агрессивные действия по механизмам бредовой защиты либо бредовой мести.

Под термином «бредовая защита» или «реакция обороны» обычно описывают опасные действия больных с различными вариантами бреда преследования в широком смысле. Их действия, направленные на защиту от мнимых преследователей, в свою очередь, могут быть разделены на пассивные и активные. Первые, связанные со стремлением скрыться от преследования, представляют меньшую опасность для окружающих; больные применяют различные средства, "ограждающие" их от воздействия (защитная одежда, сооружение экранированного помещения, применение противоядий при бреде отравления). Вторые более опасны, так как связаны с агрессией по отношению к своим мнимым преследователям ("преследуемые преследователи").

Согласно данным амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы БУЗОО КПБ им.

Н.Н. Солодников, в период с 2013 по 2014 год было проведено 529 экспертиз в отношении лиц, страдающих синдромом зависимости от различных психоактивных веществ. Из них в период совершения общественно опасного деяния обнаруживали признаки психотического состояния и не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими 10 человек (1,98%). Из них двое были направлены на принудительное лечение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа, 8 человек - на принудительное лечение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа. Из признанных по данным судебно-психиатрической экспертизы невменяемыми трое совершили хулиганские действия, по 1 – преступления против жизни и здоровья, против собственности.

В качестве иллюстрации приводим пример развития в юридически значимый период времени параноида у лица, склонного к употреблению различных психоактивных веществ.

Подэкспертный Я., 1980 года рождения, который привлекался к уголовной ответственности по ст. 318 УК РФ /применение насилия в отношении представителя власти/, в связи с сомнениями в его психической полноценности амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза была назначена следствием.

Наследственность отягощена – отец подэкспертного злоупотребляет алкоголем, мать злоупотребляла алкоголем, находилась на лечении в наркологическом стационаре, умерла в 2005 г «от злоупотребления алкоголем». Тетя подэкспертного по материнской линии неоднократно находилась на лечении в стационаре БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодникова с диагнозом: органическое поражение центральной нервной системы. Старший брат также склонен к систематическому злоупотреблению алкоголем.

Родился в г. Омске в полной семье. Достоверных сведений о раннем развитии нет. В школу пошел своевременно, классов не дублировал. Однако в период обучения в школе отмечались нарушения дисциплины, «иногда шалил», пропускал занятия, начиная с 7-8 класса общеобразовательной школы, «не интересно в школе было». Однако в инспекции по делам несовершеннолетних на учете не состоял. С 13-летнего возраста начал курить.

В период обучения в 8 классе школы «два раза нюхал бензин – «выключался», больше не пробовал». С 15 лет эпизодически курил марихуану. В возрасте 16-17 лет дважды употреблял героин внутривенно, однако формирование психофизической зависимости отрицает. В 1998

г выявлен вирусный гепатит С (со слов подэкспертного, был заражен во время приема в стоматологическом кабинете). В возрасте 18 лет при прохождении медицинской комиссии был признан ограниченно годным к военной службе в связи с наличием ЛОР-патологии. В рядах ВС РФ не служил. После окончания школы поступил в СПТУ, где обучался по специальности слесарь контрольно-измерительных приборов и автоматики. По полученной специальности не работал. Был трудоустроен продавцом, параллельно подрабатывал в кафе барменом. Менял места работы.

В последующем окончил курсы водителей, где получил водительские права категории В. В течение 5 лет работал водителем маршрутной пассажирской «Газели». С декабря 2005 г по март 2013 был трудоустроен мастером производственного обучения – инструктором в автошколе. Из характеристики с места работы известно, что зарекомендовал себя не только как дисциплинированный, аккуратный работник, но и как инициативный, способный взять на себя ответственность принятия решений по сложным вопросам, находящимся в его компетенции. Коллеги видели его исключительно позитивным, вежливым и обходительным человеком. Замечаний и выговоров не имел. Полностью придерживался корпоративных норм и правил. Трудолюбив, обладал высокой работоспособностью. Всячески поддерживал работу компании в сложные моменты, в том числе и во внеурочное время. Я. проработал на предприятии в течение 8 лет, затем уволен по собственному желанию. С сентября 2013 г трудоустроен в такси, где работал водителем. Я. проживал с женой и ребенком, 2006 года рождения.

Со слов подэкспертного, спиртные напитки употребляет, начиная с 18-летнего возраста. Мог употреблять алкоголь по 2 дня подряд, толерантность до 0,5 литра в пересчете на 40% алкоголь. В состоянии алкогольного опьянения отмечаются палимпсесты (выпадение из памяти отдельных периодов опьянения) в течение 2х лет. Рвотный рефлекс утрачен. Категорически отрицает абстинентный (похмельный) синдром. Имеет место потеря способности контролировать количество выпитого (утрата количественного контроля). Начиная с 2013 г, употреблял пиво ежедневно, а в мае 2013 г, «как уволился», ежедневно употреблял виски, пиво.

С начала 2013 г до мая 2013 г употреблял курительные смеси «спайс», кратностью от 1 до 5 раз в сутки, «эффект у него недолгий». В мае 2013 г дважды пробовал наркотическое средство синтетического происхождения «соль».

В мае 2013 года Я., находясь на балконе квартиры, сел на перила и стал высказывать мысли о суициде. Прибывший на указанный адрес сотрудник полиции Ц. решил произвести задержание Я., подойдя к нему сзади и схватив

за плечи, повалил его на спину. В этот момент Я. умышленно нанес не менее 2-х ударов ножом в область груди Ц. и не менее 2-х ударов наотмашь, попав по правой руке острием ножа. Своими действиями Я. причинил Ц., повреждения в виде царапин в области правой верхней конечности, квалифицирующиеся как не причинившие вреда здоровью.

Жена подэкспертного Я. показала, что с конца марта 2013г. муж стал злоупотреблять спиртными напитками. По вечерам приходил домой в состоянии алкогольного опьянения. Каждый вечер дома пил пиво. По данному факту стали возникать конфликты. В начале мая 2013г. принес домой котенка. Он сам лично сводил его в ветеринарную клинику, купил шампунь, миски, помыл его. В мае 2013 г. у Я. был день рождения. В период с 18.00 до 19.00 пришла домой. Я. спал. Он находился в состоянии алкогольного опьянения. Его накормила. В период с 20 до 21 часа ему стало плохо, стал вести себя неадекватно, то есть бегал по квартире, говорил, что за ним следят, что повсюду какие-то датчики, повсюду демоны. Попросила его успокоиться, но он продолжал бегать по квартире. Написала SMS его друзьям, попросила приехать. В период с 22 до 23 часов к ним домой приехали друзья мужа, которые стали его успокаивать. Просили выйти на улицу, однако он не реагировал, схватил в руки нож, сказал, что, если они не уйдут, то он перережет себе вены. После этого они ушли, он переломал всю технику, выключил всю технику из электричества, поясняя, что в данной технике находится GPS, за ним следят. Перерезал на телевизоре провода, разбил ее мобильный телефон, видеорегистратор. Заявляя, что он «Бог», она «Дьявол», что ребенок у них смесь «Бога и Дьявола». Снова набрала SMS его друзьям, попросила вызвать полицию. В ночное время приехали сотрудники ППС, которые стали стучаться в дверь. Я. сказал, что у него день рождения, у них все хорошо. После чего сотрудники ППС уехали. Всю ночь он прыгал по квартире, прятался от демонов.

В утреннее время в период с 09 до 10 часов к ним домой приехал с ее работы инструктор, так как заволновался, что она не пришла на работу. Трубку домофона взял Я., сказал, что он с женой напился спиртного в день рождения, она перепила и спит. После этого он ушел на работу. Я. спал всю ночь и около 11.00 проснулся. Написала SMS начальнику с текстом «Помогите», после чего она вызвала сотрудников полиции. Время было уже ближе к обеду. Затем приехал участковый. Я. дверь не открывал, сказал, что ночью приходили не сотрудники ППС, а «демоны». Попросил вызвать всех его родственников, скорую, МЧС, пожарную.

Прибывшие сотрудники МЧС пытались открыть их дверь, но попасть в квартиру не смогли. После этого Я. сильно разозлился, что к ним

пытаются зайти. Затем сотрудники полиции прошли в соседнюю квартиру, стали ломать перегородку между лоджиями, чтобы вызволить ее и сына. Увидев это, Я. обозлился, выбежал на балкон, стал кричать, что выпрыгнет с балкона с ребенком. Сказал ребенку кричать: «помогите». После чего сын стал кричать. На балкон ее не пускал. В руках у него был нож. Каких-либо повреждений ей не наносил, просто боялась к нему подойти, так как был неадекватен, но ей не угрожал. Затем сотрудники МЧС стали выламывать дверь. Я. в это время находился в коридоре. Она с сыном выбежала по балкону через перегородку к соседям.

Сотрудник полиции Ц. в своих показаниях указал, что 24 мая 2013 г. находился на рабочем месте. Около 13 часов решил позвонить участковому уполномоченному полиции К. и поинтересоваться, где он находится. Последний пояснил, что он находится в жилом доме, где происходит бытовой скандал. К. пояснил, что мужчина, находясь в квартире, не выпускает жену и ребенка, говорил, что всех убьет, пока ему не соберут 40 родственников. После этого проследовал по вышеуказанному адресу. Было установлено, что в квартире находился Я., который удерживает свою супругу и малолетнего ребенка. По указанному адресу находились сотрудники ППС, пытались поговорить с Я. Также приехали его родственники, которые также пытались поговорить, однако на все попытки он реагировал отрицательно, поясняя, что всех порежет ножом. Просил, чтобы ему под окна приехали сотрудники МЧС, «скорой медицинской помощи», пожарной охраны. Затем были вызваны сотрудники МЧС, которые по приезду стали взламывать входную дверь квартиры.

Когда сотрудники МЧС стали взламывать дверь, то Я. взял ребенка на руки, вышел на балкон и сказал, что выбросится из окна вместе с ребенком, если сотрудники попытаются войти в квартиру. Я. реагировал агрессивно, поясняя, что всех порежет, кричал, чтобы все уехали. Я. находился в состоянии алкогольного опьянения, что выражалось в его походке и невнятной речи. Затем в один из моментов Я. отвлекся, зайдя в квартиру, после чего сотрудники полиции, смогли оперативно вытащить через балкон его супругу и ребенка. В дальнейшем сотрудники МЧС взломали дверь, затем оперуполномоченные прошли в его квартиру. В квартире был полный разгром, беспорядок, все провода были перерезаны, в ванной комнате находился труп кота с отрезанной головой. Сам Я. выбежал на балкон, сел на перила, свесив ноги за балкон, при этом в руках у него был нож и деревянная палка. Квартира находится на 8 этаже. Я. кричал, что если к нему кто-либо подойдет, то он зарежет данного человека и выбросится из квартиры. Пытались с ним поговорить, но было бесполезно. Затем по балконам он полез на соседский

балкон. Забежали в квартиру, подошли к балконной двери, пытались поговорить, однако он не реагировал, говорил, что всех порежет. На теле мужчины была кровь, т.к. когда он лазил по балконам, разбивал стекла, оконные перегородки, в результате чего был порезан. Также видел, что он ножом водил себе по коже. Затем Ц. попластунски дополз до балконной двери, приоткрыл дверь и вышел на балкон. Я. сидел к нему спиной, при этом свесив ноги за балкон. Схватил его за обе руки и потянул на себя, в результате чего он упал на спину на пол. Из одежды на нем были только трусы. Когда он упал на спину, то Я. нанес 2 удара ножом в область груди правой стороны и несколько ударов наотмашь, попав по кисти. Находился в бронежилете. Попытался отмахнуться от ножа и нож вылетел из руки Я. за балкон. После того, как его вытащили назад, увидел на руке кровь. В дальнейшем понял, что это кровь Я. Поднялся на ноги и стал снимать бронежилет. Сам Я. встал на ноги, но в квартиру заходить не стал. Он сказал: «Ну, что не прирезал тебя? Заходи следующий, кто смелый». Затем Я. перелез через перила, говоря, что прыгнет. После чего он полез вниз по балкону и пытался залезть в другие квартиры. В дальнейшем Я. оказался на дереве. Приехали сотрудники ОМОН, СОБРа и его задержали, после чего увезли на «скорой медицинской помощи».

В течении шести последующих дней Я. находился на лечении в отделении торакальной хирургии БУЗОО ГКБ№1 им. А.Н. Кабанова с диагнозом: непроникающее колото-резаное ранение груди справа, резаное ранение правого плеча, правого предплечья, левого плеча, левой голени, галлюцинаторно-параноидный синдром. Проведено комплексное консервативное лечение, достигнуто клиническое улучшение. Осмотрен психиатром, диагноз: галлюцинаторно-параноидный синдром.

В последующим Я. находился на лечении в стационаре БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодниковой с диагнозом: полиморфное психотическое расстройство вследствие сочетанного употребления психоактивных веществ (F19.53T). Сопутствующий диагноз: резаные раны (ушитые) обеих верхних конечностей.

Был доставлен в стационар бригадой психиатрической неотложной помощи. При поступлении был верно ориентирован. Настроение с элементами раздражительности. Поза непринужденная, держится раскованно. Делится переживаниями, бравирует алкоголизацией, наркотизацией, совершенными ранее поступками. Сообщал, что «курил спайс каждый день до отключки, но на работе не курил, а то ездить не вариант, а потом бросил... все начало расставляться по местам, что живу неправильно, что с женой не так все как хотелось... Все это привело к «белочке»... Жучки, телефон с телевизором рядом лежал, уже не так работают, значит слу-

шают. Все дома переломал, чтобы устроить хаос, все переломать, чтобы она убрала... Спасался от левых ментов по балконам, прыгнул на дерево. Откуда они узнали, что я дома? в каждом окне они были. Откуда они знали, по каким этажам я лажу?... В больнице ставили реланиум. Освободился от наручников, пробил два стекла, повис на балконе. Мне еще больше вкололи. Больше ничего не помню...». По ходу беседы улыбался, смеялся, поясняя свои поступки, бравировал, говорил с некоторой гордостью. Отмечалась беспечность, легковесность подэкспертного, отсутствие критики к перенесенному состоянию. Заявлял: «все это было, да, скорее всего, точно по-настоящему. Откуда тогда менты могли знать, в каком окне меня ловить...».

Диагноз: полиморфное психотическое расстройство вследствие сочетанного употребления синтетических наркотиков и алкоголя.

В ходе пребывания в психиатрическом стационаре находился под наблюдением медицинского персонала, которому также сообщал, что он употреблял алкоголь, «элитные напитки по праздникам, наркотики все попробовал до безпамятства... В апреле завязал, т.к. к 30 годам решил освободиться». Сообщал, что курил «спайс», употреблял героин, коноплю и т.д. Режим в отделении не нарушал. Был выписан из психиатрического стационара под наблюдение нарколога по месту жительства с рекомендацией исключения приема алкоголя, иных психоактивных веществ с целью опьянения.

В отношении Я. была проведена амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. При проведении обследования соматических и неврологических расстройств не выявлено. Подэкспертный правильно ориентирован в месте пребывания, календарном времени, собственной личности. Держится уверенно, спокойно. Эмоционально лабилен. Настроение неустойчивое, порой раздражителен. Держится достаточно расковано, свободно.

Анамнестические сведения излагает последовательно. Указывает, что воспитывался в семье, где оба родителя злоупотребляли алкоголем. При этом спрашивает экспертов: «Пару дней подряд если пьет, то это запой?». Указывает, что мать находилась на лечении в наркологическом стационаре, а тетя по материнской линии «лежит уже год в психиатрической больнице». О жизни с родителями рассказывает с раздражением. Говорит о том, что проживая с ними, был вынужден их контролировать, «выгонял из квартиры пьяных». Указывает, что курить начал с 13 лет, употреблять алкоголь с 16-17 лет. В период обучения в 8 классе «2 раза нюхал бензин, потом выключался и больше не пробовал», т.к. не понравились ощущения. С 15-летнего возраста начал курить марихуану. В

возрасте 16-17 лет внутривенно инъецировал героин, «пару раз». В последующем эпизодически продолжал курить марихуану, а с начала 2013 г использовал курительные смеси «спайс», «раз, два в день, а то и до 5 раз в день доходило, эффект у него недолгий». Также поясняет, что в мае 2013 г «соль» пробовал пару раз». Склонен к внешнеобвиняющему поведению. Заявляет экспертам, что после рождения ребенка в 2006 г с женой отношения «охладели, проблемы в семье, устал от работы. Были разногласия с супругой в последнее время, проблемы. Поясняет, что начал злоупотреблять алкоголем. В 2013 г «мог пить пиво каждый день», а когда уволился, в мае 2013 г, «каждый день стал пить виски и пиво, вечерами был такой досуг, домой не хотелось идти, чем заняться?».

В ночь с 22 на 23 мая 2013 г употреблял виски в объеме 0,5 литра, сначала в своем автомобиле, а затем в квартире. 23.05.2013 г днем спал, «не хотел никого видеть». Вечером вернулась жена с работы и привела ребенка из детского сада, «разбудила, покормила меня...Товарищи пришли, позвали меня отмечать день рождения. Мы допили 100 гр. виски. Они пытались меня из дома увести – я подозрительный был ко всему. Один из них шептался с женой – был в сговоре. Я взял два нож, попросил освободить помещение...Они ушли. Потом я с женой ругался...». Поясняет, что последующие события он помнит фрагментарно, «частично помню, не могу установить последовательность...Паника была в голове, страх... Пришли милиционеры, а я не открывал никому. Я никого не вызывал, а они ковырялись в замочной скважине, значит они ненастоящие, ограбить хотели или навредить семье. Был ужас. Милиционеры были грубые, а потом вежливые». Поясняет, что чувствовал, как все окружающие лица были настроены против него, поэтому называл их «демонами - злыми людьми». Поясняет также, что чувствовал за собой слежку, поэтому наутро разбил все электрические приборы, игрушки ребенка на батарееках, «были мысли, что мы не одни во Вселенной». При этом усмехается и говорит о том, что его посещали мысли, что на него воздействуют «инопланетяне». Поясняет, что мысли в голове путались: «каша в голове, все беспорядочно. Потерял контроль над собой и происходящим, не понимал, что происходит». Называет это состояние «белкой». Поясняет, что он не помнит, как пытался нанести повреждения сотруднику полиции, «очнулся в коридоре в больнице. Говорят, что я 4 дня находился в реанимации. Я наручниками прикованный к кровати, два милиционера рядом стоят, а страх остался ко всем – они опять ненастоящие, хотят меня убить». Утверждает, что это были «те же самые милиционеры, которых я видел дома 24 числа». Поэтому попросил ослабить наручники, которые ему удалось снять, «убежал по коридо-

ру, разбил два стекла балконных, выбежал на балкон и висел на парапете, кричал, чтобы ко мне не подходили, а то спрыгну. Меня повалили на пол, связали, обкололи, потом я людей уже не боялся». Расстройств восприятия отрицает, поведением не обнаруживает, бреда активно не высказывает. Мышление последовательное, в обычном темпе. Память, интеллект без грубых нарушений. К перенесенному психотическому состоянию критичен не в полной мере.

При **экспериментально-психологическом исследовании** заметных грубых нарушений памяти, внимания, мышления и психической работоспособности у подэкспертного не обнаружено. Личностные особенности подэкспертного характеризуются вспыльчивостью, эмоциональной неустойчивостью, обидчивостью, тенденцией к импульсивности, избирательной общительностью, недостаточным волевым контролем над своими влечениями и побуждениями, эмоциональными реакциями.

Комиссия пришла к заключению, что в период времени, относящийся к инкриминируемому ему деянию, Я. обнаруживал признаки временного психического расстройства в форме полиморфного психотического расстройства, связанного с употреблением алкоголя (по МКБ-10: F 10.53). Об этом свидетельствуют данные, полученные из материалов уголовного дела, медицинской документации и при настоящем психиатрическом обследовании, о длительном систематическом (ежедневном) употреблении подэкспертным алкоголя, начиная с марта 2013 года, в сочетании с иными психоактивными веществами (синтетические наркотические вещества «спайс», «соль») до мая 2013 года, с утратой количественного контроля над выпитым, защитного рвотного рефлекса, появлением палимпсестов (частичных алкогольных провалов в памяти), внезапном развитии на фоне приема алкоголя 23.05.2013 года психотического состояния галлюцинаторно-параноидной структуры (полиморфное психотическое расстройство, по МКБ-10: F10.53) с наличием страха, тревоги, бредовых идей преследования, воздействия, с бредовой интерпретацией окружающего, сопровождавшегося немотивированной агрессией в адрес мнимых преследователей, разрушительными действиями, сумеречным расстройством сознания с фрагментарным восприятием окружающего, выраженным психомоторным возбуждением, что обусловило патологическую мотивацию общественно опасных действий и лишало Я. в период времени, относящийся к инкриминируемому ему деянию, способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Согласно имеющейся медицинской документации, проявления вышеуказанного временного психического расстройства Я. были зафиксированы в период его пребывания в сома-

тическом стационаре и психиатрической больнице, он полностью вышел из указанного состояния к моменту выписки из психиатрического стационара. В настоящее время у Я. обнаруживаются признаки синдрома зависимости от алкоголя, 2 стадия (по МКБ-10: F 10.212). Об этом свидетельствуют данные анамнеза, медицинской документации и материалы уголовного дела об отягощенной наследственности (родители, злоупотребляющие алкоголем), систематическом употреблении подэкспертным алкоголя, с утратой количественного контроля над выпитым, защитного рвотного рефлекса, появлением палимпсестов (частичных алкогольных провалов в памяти), что, однако, согласно результатам настоящего психиатрического и экспериментально-психологического обследования, не сопровождается наличием выраженных стойких болезненных нарушений психических функций (памяти, мышления, интеллекта, эмоционально-волевой сферы), психотической симптоматикой (бред, галлюцинации, нарушение сознания), и не лишает Я. в настоящее время способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Учитывая конституциональные особенности подэкспертного (наследственность, отягощенная алкоголизмом родителей), склонность к употреблению алкоголя в сочетании с иными психоактивными веществами, отсутствие четкой установки на отказ от приема алкоголя и полного критического отношения к перенесенному психотическому состоянию, что может обусловить его повторное развитие (в случае продолжения употребления спиртных напитков, иных психоактивных средств), психическое расстройство Я. связано с опасностью для себя, других лиц, возможностью причинения им иного существенного вреда. Поэтому Я. нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа, которое ему не противопоказано.

Таким образом, экспертная оценка лиц, принимавших накануне совершения общественно опасного деяния различные психоактивные вещества (ПАВ) и находившихся в состоянии острой интоксикации, достаточно сложна. По данным ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, более 30% противоправных деяний совершается в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. С одной стороны, судебно-психиатрическая оценка состояний острой интоксикации ПАВ осуществляется в соответствии с нормами ст. 23 УК РФ, согласно которой лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, подлежит уголовной ответственности. Подобная позиция законодателя обусловлена тем обстоятельством, что, как правило, состояние острой интоксикации возникает вследствие сознательного приема ПАВ, причем произвольным является не только факт приема, но и доза, которая в значительной мере и определяет поведение лица. Иными словами, лицо, сознательно приводящее себя в состояние одурманивания, одновременно понимает возможные общественно опасные последствия данного поступка. С другой стороны, при употреблении ПАВ возникают различные нарушения психической деятельности, сопровождающиеся нарушением произвольной регуляции своего поведения вследствие наличия острой психотической симптоматики и расстроенного сознания, что особенно характерно для сочетанного употребления различных ПАВ (алкоголя, различных наркотических средств, в том числе так называемых «дизайнерских»), и в описываемом нами случае послужило причиной для принятия решения о невозможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.



Клиническая психология

УДК. 159.95

ОБРАЗ ИДЕАЛЬНОГО И РЕАЛЬНОГО ЛИДЕРА В СТУДЕНЧЕСКОЙ ГРУППЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

С.В. Исаев, Ю.В. Потапова

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

Аннотация. Исследование было посвящено изучению идеального и реального образа лидеров в студенческой группе. Актуальность исследования заключается в необходимости понимания механизмов лидерства в современном обществе и вклада личности в обретении роли лидера. Целью исследования было изучение образов идеального и реального лидера в студенческой группе.

Ключевые слова. лидерство, неформальный лидер, формальный лидер, группа, личность.

IMAGE OF AN IDEAL AND A REAL LEADER IN THE STUDENT GROUP OF MEDICAL UNIVERSITY

Isaev S.V., Potapova J.V.

Resume. he study was devoted to the study of the ideal and the real image of the leaders in the student group. The relevance of the study is the need to understand the mechanisms of leadership in today's society and the contribution of the individual in attaining a leadership role. The aim was to study the image of the ideal and the real leader in the student group.

Keywords. Leadership, informal leader, the formal leader of the group, a person.

В древнейшей мифологии вожди обычно наделялись божественными, сверхчеловеческими свойствами, способностями. Описывая древнегреческие, древнеримские войны, известные историки Геродот, Плутарх, Светоний говорят, прежде всего, о деяниях великих полководцев, вождей, отмечая их высокий разум, дух, сильную волю, выдающиеся свойства организаторов, способных многое предвидеть, предугадать, увлечь людей на подвиг, зародить в них веру в победу, торжество, триумф.

Взаимоотношения правителя и подданных привлекали внимание многих поколений мыслителей. По мнению Сократа, руководитель должен обладать красноречием, уметь повелевать. Платон утверждал, что правитель должен получать определенное воспитание, быть мудрым, ибо, мудрость необходима для управления людьми. По словам Платона, добродетель царей - философствовать; добродетель подданных - повиноваться: «Не дело правителя просить, чтобы подданные ему подчинялись». Сократ обращал внимание не только на функцию принуждения, но и на способность правителя убеждать людей: «Хороший руководитель умеет словом и делом зажечь в людях желание работать. Подчиненные будут довольны таким руководителем и довольны друг другом» [2].

Реалии нового времени показывают, что с развитием индустрии должны развиваться и взаимоотношения у людей. В настоящее время каждая уважающая себя организация проводит строгий отбор людей с целью выявления лидеров и ведомых.

Лидерство - многомерное явление, которое имеет определенные этапы. На первом происходит своеобразный отбор, когда группа по определенным, ценным для нее качествам выбирает себе лидера; затем, постоянно подкрепляя (положительно или отрицательно) определенное поведение лидера, группа закрепляет в его личности такие качества. И этот процесс будет тем определеннее, чем дольше лидер успешно выполняет свою роль. Складывается своеобразный стереотип - представление данной группы о том, как должен вести себя лидер.

В лидере, прежде всего, важна личность. Лидер — это человек, который, удовлетворяя собственный эгоизм, реализует общественный интерес. Великий лидер, руководя интересами, распределяя блага и развивая собственную деятельность, обеспечивает работой сотни людей, стимулирует прогресс в обществе, вносит оживление, диалектику, дающие толчок эволюции.[1]

В формальном лидерстве влияние исходит из официального положения в организации, в неформальном - признания другими личного превосходства лидера. В большинстве ситуаций эти два вида влияния переплетаются в большей или меньшей степени. Важно здесь не то, что лидер обладает качествами превосходства, а то, что его сторонники считают, будто он обладает этими качествами.

Лидерству в большей мере свойственна неформальная основа. Р.Л.Кричевский пишет: «Руководство - феномен, имеющий место в системе формальных (или, как еще говорят, официальных) отношений, а лидерство - феномен, порожа-

денный системой неформальных (неофициальных) отношений. Причем роль руководителя заранее определена «на табло» социальной организации, оговорен круг функций реализующего ее лица. Роль лидера возникает стихийно, в штатном расписании учреждения ее нет. Руководство есть социальный по своей сущности феномен, а лидерство - психологический».

Неформальный лидер может проявиться и получить признание в коллективе, организации в силу своих ярко выраженных индивидуальных, социальных, политических, психологических и иных качеств. Своим авторитетом и влиянием неформальный лидер воздействует на поведение людей и может составить оппозицию формальному руководителю.

Подчиненные всегда желают видеть в руководителе не только начальника, лишённого эмоций и переживаний, но и человека, обладающего лучшими нравственными качествами, заботящегося не только об эффективности организации и о себе лично, но и о сотрудниках. Идеальным для менеджмента является гармоничное сочетание обеих основ лидерства.

Поведение формального руководителя зависит от того, стремится ли он продвигаться выше по служебной лестнице или удовлетворен своим настоящим положением и не стремится к продвижению. В первом случае руководитель, отождествляя себя с более крупными группами организации, нежели с группой подчиненных, может считать, что эмоциональная привязанность к коллективу может стать тормозом на его пути. Приверженность руководителя своей группе может войти в противоречие с его личными амбициями и оказаться в конфликте с его приверженностью руководящей группе организации. Во втором - он полностью отождествляет себя со своими подчиненными и стремится сделать все от него зависящее, чтобы защитить их интересы.

Неформальный лидер - это член группы, который официально не имеет руководящей должности, но из-за своих личностных качеств, жизненного опыта и поведения занял особое положение - лидерское. Существенные факторы, определяющие возможность неформального лидерства включают: возраст, должность, профессиональные знания и умения, психологию личности, личностные качества, из которых главные - компетентность и отзывчивость, признание группой. Неформальные лидеры получают от группы властные полномочия в принятии решений и распоряжении ресурсами. В своей деятельности он делает главную ставку на людей и взаимоотношения между ними.

Неформальный лидер приобретает свое положение, добиваясь власти и применяя ее по отношению к членам группы, аналогично тому, как это делает лидер формальной организации. Неформальный лидер имеет две первостепен-

ные функции: помогать группе в достижении ее целей и поддерживать и укреплять ее существование. Иногда эти функции выполняются разными людьми. Если это так, то в неформальной группе возникают два лидера: один для выполнения целей группы, другой - для социального взаимодействия.

Большое разделение на формальных и неформальных лидеров имеется в политической среде, когда есть формальный руководитель (президент, премьер-министр, император) и неформальные лидеры, которые и держат власть. Хотя, в большинстве случаев, формальный руководитель является лидером, ведь чтобы получить свою должность ему пришлось проявить лидерские качества. Очень важно социальное предназначение лидера, т.е. характерные для него роль и ситуация, в которой он проявляет себя и привлекает людей в наибольшей степени.

Изучение идеального образа лидера студенческой группы.

Учебная деятельность ставит ряд вопросов относительно субъекта лидерских процессов. Какова личность лидера? Какова личность тех, с кем взаимодействует лидер? Как они находят взаимное понимание и поддержку? Есть ли между ними нечто общее и в чем состоит отличие лидера от ведомого? И много других вопросов. В социально-психологической литературе лидер описывается в связи с его отличительными особенностями и признаками. Выделяют свойства инициативности и умения трезво оценить ситуацию, честность, способность принимать адекватные решения, организаторские способности и прочие качества.

Целью настоящего исследования было изучение образов идеального и реального лидера в студенческой группе медицинского вуза.

Использовались следующие методики:

- 1) социометрическое исследование Дж.Морено;
- 2) характерологический тест Леонгарда-Шмишека.

Для выяснения отличий личностных качеств лидера и ведомого, было проведено специальное исследование, в котором приняли участие более 60 учащихся. Им было предложено задание: на листе бумаги написать по 10 личностных свойств, включающих интеллектуальные, эмоционально-волевые, коммуникативные и другие профессионально-важные качества. Исходный материал был статистически обработан, и в результате удалось выявить 29 личностных свойств, эталонных для лидера (табл. 1).

Таблица 1

Предпочитаемые личностные черты лидера студенческой группы медицинского вуза

Варианты ответа	Количество ответов	Процентное соотношение
Ответственность	31	7,95
Умственные качества	28	7,18
Целеустремленность	27	6,92
Общительность	24	6,15
Дружелюбие	23	5,90
Независимость	23	5,90
Чувство юмора	21	5,38
Храбрость(решительность)	21	5,38
Активность	20	5,13
Убедительность	19	4,87
Сообразительность	17	4,36
Пунктуальность	14	3,59
Харизматичность	14	3,59
Авторитетность	13	3,33
Отзывчивость	12	3,08
Тактичность	11	2,82
Толерантность	10	2,56
Хладнокровие (стресс-уст.)	9	2,31
Коммуникабельность	8	2,05
Справедливость	8	2,05
Неординарность	8	2,05
Честность	6	1,54
Наглость	5	1,28

По данным проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1) Для лидера самыми важными, по мнению целевой аудитории, являются следующие качества: ответственность, умственные способности, целеустремленность, общительность, дружелюбие и независимость.

2) Также можно отметить, что такие качества как благородство, трудолюбие и милосердие замыкают список.

Можно предположить, что качества, выбранные в качестве эталонных, отвечают требованиям студенческой аудитории по разным причинам:

- общительность и дружелюбие способствуют легкому установлению контактов, без развитых коммуникативных качеств лидер не может полноценно выполнять свою роль;

- умственные способности выбраны в качестве важных качеств, поскольку целевая аудитория - учащиеся высшего учебного заведения, и можно предположить, что интеллект для этой группы является ценностью;

- целеустремленность и независимость - черты сильной личности, а именно таким будет являться лидер.

- трудолюбие, милосердие - качества исполнителя, а не лидера, к тому же милосердие - фемининная черта личности, лидер же - скорее маскулинная фигура даже, если эту роль выполняет девушка.

Исследование ролевой структуры групп. Выделение реальных формальных и неформальных лидеров.

Были проанализированы 3 студенческие группы, в которых, в общей сложности было выделено 14 лидеров: 7 формальных и 7 неформальных.

После обработки данных результатов социометрии выяснилось, что ни в одной группе не существует единственного лидера, все они разделены минимум на 2 подгруппы, в каждой из которых имеется свой лидер. Данное явление можно наблюдать на рис.1 и 2, где в качестве примера отражены социограммы для формального и неформального лидеров.

В целом, количество лидеров для каждой из групп приведено в таблице 1.

После выявления формальных и неформальных лидеров нами была поставлена задача по выяснению их личностных особенностей. Для этого использовался тест Леонгарда-

Шмишека. Было принято решение сконцентрировать свое внимание именно на неформальном лидерстве, поскольку исследование неформального лидерства наиболее важно для установления неформальной структуры группы. Так как формальными лидерами, в основном, являются старосты, либо люди, лучше всего справляющиеся с учебной, то критерии, по которым их выделяют, не связаны с их личностными качествами.

Неформальные лидеры, которых труднее выявить и труднее сопоставить связи в группе с ними, выделяются в группе именно по критерию личностных качеств, и, именно поэтому, наше исследование было посвящено им.

Были подсчитаны средние показатели по каждой из шкал характерологического теста. Профиль реального лидера можно наблюдать на рисунке 1.

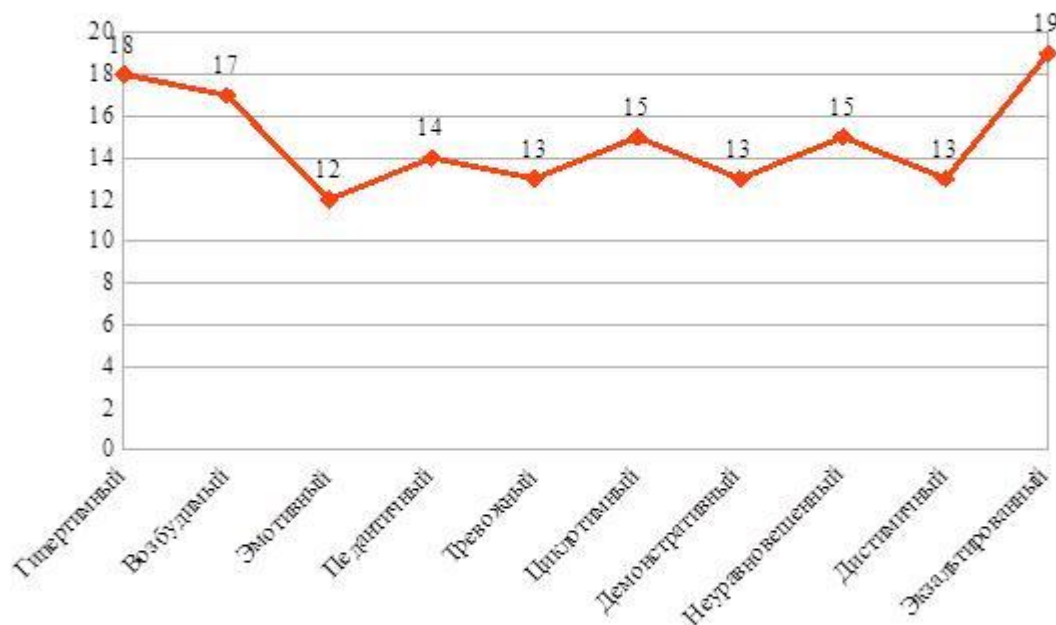


Рисунок 1. Профиль личности неформального лидера студенческой группы.

Было выявлено, что наиболее ярко выраженные черты реального лидера студенческой группы – экзальтированность, гипертимность, возбудимость. Для того, чтобы сравнить образ

идеального и реального лидера, нами были выделены основные черты, присущие личности с данными акцентуациями.

Таблица 2

Характерные черты идеального и реальных лидеров

Черты идеального лидера	Черты экзальтированного	Черты гипертима	Черты возбудимого
Ответственность	Коммуникабельность	Активность	Нетерпеливость
Умственные способности	Словоохотливость	Предприимчивость	Коммуникабельность
Целеустремленность	Не конфликтность	Нетерпеливость	Порядок
Общительность	Вспыльчивость	Общительность	Целеустремленность
Дружелюбие	Ответственность	Дружелюбие	Независимость
Независимость	Дружелюбие	Вспыльчивость	

Сравнение образов идеального и реального лидеров дало следующие результаты:

1) Образ идеального лидера схож с экзальтированным типом в том, что оба типа обладают ответственностью и дружелюбием.

2) Образ идеального лидера схож с гипертимным типом в том, что оба типа обладают ответственностью и дружелюбием.

3) Образ идеального лидера схож с возбудимым типом в том, что оба типа обладают целеустремленностью и независимостью.

Таким образом, можно сделать вывод, что образ идеального лидера складывается из оптимального сочетания личностных черт реальных людей. Полученные в ходе исследования результаты говорят о том, что предпосылками к лидерской позиции являются ярко выраженные черты экзальтированности, гипертимности и возбудимости. Каждая из этих акцентуаций по своему дополняет образ лидера:

- экзальтированный тип характеризуется способностью получать удовольствие от волнующих его идей, приходит в состояние восхищения, воодушевления. Такие люди проще могут повести за собой, поскольку сами «загораются» определенной идеей;

- гипертимы – жизнерадостные и общительные, легкие на подъем люди. Лидер-гипертим также легко может повести за собой, инициировать группу на какую-либо активную деятельность;

- возбудимый тип обладает непреклонным характером, силой и быстротой реакции. В группе людей юношеского возраста эти качества могут цениться как проявление силы личности, такой лидер нужен группе в периоды конфликтов, чтобы взять под свой контроль групповые процессы.

Резюмируя вышеизложенное отметим, что в ходе исследования были выявлены такие черты идеального лидера, как ответственность, развитые умственные способности, целеустремленность, общительность, дружелюбие, независимость. Чаще всего лидер студенческой группы обладает следующими чертами: возбудимостью, экзальтированностью, гипертимно-

стью. Сравнение образов идеального и реального лидера показало, что характеристики реальных лидеров при оптимальном сочетании схожи с набором черт, выделенным студентами в образе идеального лидера. Таким образом, можно сделать вывод, что лидером становится человек, личностные черты которого в большей степени удовлетворяют запросам группы.

Осуществление лидерства, реализация управленческих воздействий лидера в студенческом коллективе приводят к возникновению нескольких эффектов, позволяющих адекватно строить процесс самоорганизации, самоуправления медицинской профессиональной деятельностью. В процессе руководства происходит взаимное познание участников деятельности, позволяющее им прийти к взаимному пониманию или к отсутствию такового. Это позволяет учащимся оценить друг друга. Взаимное познание и понимание, а также эффект взаимооценки являются основой для формирования межличностных отношений, и, прежде всего, отношений по признаку распределения власти: «лидер - ведомый». Дифференциация лидерских ролей, упорядочение лидерских статусов отражает уровень организованности, самоуправляемости студенческого коллектива как сложной социальной системы.

И, наконец, практика показывает, что лидеры в студенческих коллективах необходимы, что недостаточное развитие лидерства либо отсутствие лидеров в группе следует рассматривать как неблагоприятный симптом, имея в виду способность коллектива к самоорганизации и самоуправлению. Значимость последних неизмеримо возрастает в условиях выполнения сложных учебных задач.

В ходе проведенного нами исследования выяснилось, что именно личностные черты человека обеспечивают ему позицию в группе. К лидерству чаще приходят коммуникабельные, способные установить контакт и проявить авторитарность люди. В данном случае нами было выявлено, что в значительной мере черты идеального и реального лидера являются схожими.

Литература

1. Антонио Менегетти. П 86 Психология лидера / Перевод с итальянского ННБФ «Онтопсихология». Изд. 4-е, дополненное. — М.: ННБФ «Онтопсихология», 2004 г., 256 с
2. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. - М., 1977. - С. 380.
3. Кабакова Д. В. Наблюдение, описание и эксперимент как основные методы биологии [Текст] / Д. В. Кабакова // Проблемы и перспективы развития образования: материалы междунар. науч. конф. (г. Пермь, апрель 2011 г.). Т. I. — Пермь: Меркурий, 2011. — С. 16-19.
4. Афанасьев В.Г. Научное управление обществом. - М., 1993. - С.305.
5. Ашин Г.К. Доктрина «массового общества». - М., 2001. - С.189.
6. Барабанщиков А.В., Глоточкин А.Д., Феденко Н.Ф., Шеляг В.В. Проблемы психологии воинского коллектива. - М.: Воениздат, 1973
7. Бобнева М.И. Социальные нормы и регуляция поведения. - М., 2004. - 310 с.
8. Вендов А.И. Социально-психологическое исследование лидерства в малых группах: автореф. дисс. ... канд. псих. наук. - Л., 1993. - 21 с.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА

В.В. Панина

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Сосновоборская городская больница», Красноярский край, г. Сосновоборск

Аннотация. Статья посвящена раскрытию необходимости психологического сопровождения женщин на этапе беременности, разработке методологии психологического сопровождения женщин в период до и после рождения ребенка.

Ключевые слова. беременность, готовность к роли матери, психологическое сопровождение во время беременности.

VALUE PSYCHOLOGICAL SUPPORT WOMEN'S ACCESS TO THE CHILD'S BIRTH

Panina V.V.

Resume. Article is devoted to the necessity of psychological support of women on the stage of pregnancy, the development of the methodology of psychological support of women in the period before and after childbirth.

Keywords. Pregnancy, readiness for the role of the mother, psychological support during pregnancy.

Психологическое сопровождение женщины, ожидающей ребенка, что это такое, актуально ли это в настоящее время? В чем его отличие от предлагаемых услуг психологической помощи и поддержки в школах материнства и клубах современных родителей?

На сегодняшний день, понятие «психологическое сопровождение» включает большее, чем «психологическая помощь и поддержка». Например: сопровождать – идти рядом, двигаться вместе в определенном направлении; помогать – оказывать содействие, участие, приносящее облегчение; поддерживать – не дать упасть, оказать помощь, выражать согласие, одобрение и т. д. На эти различия указывает психологический словарь.

В момент, когда женщина узнает о своей беременности, огромное количество чувств может пронестись внутри одновременно. Но это только самое начало очень важного и неповторимого пути. И главная роль отведена женщине, будущей маме. Мама – это первая вселенная ребёнка, его основа и с материальной, и с психической точки зрения. Она является посредником между внешним миром и ребёнком, который улавливает ощущения, чувства матери как реакцию на окружающий мир.

За девять месяцев будущей маме многое предстоит: необходимо встать на учет в женской консультации, сдать необходимые анализы и пройти обследования. И неделя за неделей ждать появления малыша на свет. Но часто бывает так, что интенсивный темп жизни, чрезвычайно насыщенная информационная среда, высокий уровень ежедневного стрессорного воздействия могут негативно отразиться на состоянии беременной женщины. И вместо положительных эмоций, женщины испытывают чувство тревожности, страха которые не дают в полной мере расслабиться и наслаждаться бе-

ременностью. Женщина становится очень чувствительна и, порой, раздражительна, она гораздо острее, чем прежде реагирует на окружающий мир, иногда с трудом справляется с собой. Есть женщины, которые при беременности совершенно меняют свои привычки, у других всё остаётся без изменений. Тревожность часто мешает беременной женщине жить «здесь и сейчас». А ближе к родам тревожность и страх только усиливаются.

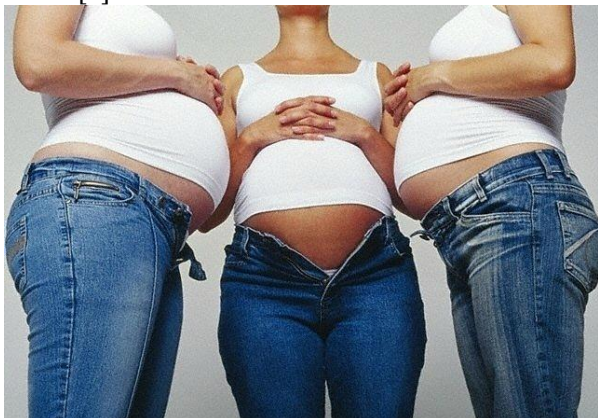


В связи с этим огромное значение имеет подготовка беременной женщины к родам. Тело женщины устроено природой так, чтобы выносить и родить ребенка. Организм начинает естественную подготовку к родам уже с начала беременности, и к моменту родов в норме он полностью готов к рождению малыша. Но гораздо лучше, когда женщина готовится к родам не только на физическом, но и на психологическом уровне. Ничто не пугает человека сильнее, чем неизвестность. Поэтому, готовясь к родам, прежде всего, нужно узнать все об их протекании, сути происходящих при этом физиологических процессов, а также о том, в чем должно состоять активное участие в родах самой женщи-

ны, каковы методы релаксации, как научиться преодолевать страх. Кроме того, психологическая подготовка к родам имеет огромное значение для формирования гармоничных отношений между родителями и ребенком.

Важнейшим условием нормального как эмоционального, так и физического развития ребенка является формирование чувства привязанности между ним и мамой. Выстраивание диады «мать и дитя». Различными исследованиями, проведенными в нашей стране, доказано: чем выше психологическая готовность будущей мамы к родам, тем лучше они проходят [1]. Подготовленные женщины вовремя приезжают в роддом, уловив первые признаки начавшихся родов. Они активны на всех этапах родового процесса, не тратят силы, настроены на помощь своему ребенку. Рассказывая о родах, женщины описывают их как процесс трудный, но то же время радостный, а момент рождения ребенка – как величайшее счастье.

Психологическая готовность к родам оказывает позитивное влияние и на последующий период: уже состоявшиеся мамы хотят находиться вместе со своим ребенком в послеродовой палате, успешнее налаживают кормление грудью. Напротив, избыточное психоэмоциональное напряжение, чувство страха во время родов сопровождаются высоким мышечным напряжением, при котором родовые боли усиливаются. Таким образом, течение и безопасность родового процесса, уровень болевых ощущений во многом определяется настроением женщины, степенью её психологической готовности к родам, к материнству и ее поведением, владением эффективными приемами расслабления [2].



Профилактическую работу с беременными необходимо рассматривать с учётом всего сложнейшего многоуровневого комплекса происходящих процессов. Большое значение имеют все компоненты подготовки к родам: и формирование материнской доминанты, и позитивный эмоциональный настрой женщины на роды, и владение ею устойчивыми навыками саморегуляции.

На курсы по подготовке к родам женщины приглашаются, как правило, после тридцатой

недели беременности. Женщина уже уходит в декретный отпуск и может посвятить оставшиеся недели срока подготовке к рождению малыша. Как правило, к этому времени у женщин уже есть определенные знания и представления относительно предстоящих родов.

На базе женской консультации «КГБУЗ Сосновоборская ГБ» психологом разработана программа, и на ее основе курс занятий для будущих родителей «Радуга материнства». Курс занятий предусматривает семейно - ориентированный подход к психологическому сопровождению беременности и предполагает решение таких задач, как поддержка женщины в ее адаптации к беременности, подготовка к родам и дальнейшему материнско-детскому взаимодействию, а также подготовка супружеской пары к изменениям, связанным с появлением нового члена семьи, формирование сознательной родительской позиции и компетентности. Курс занятий рассчитан на групповую работу с беременными женщинами, а также молодыми супружескими парами, ожидающими рождения ребенка.

В начале работы каждой группы, важным является понять то, с какими представлениями о предстоящих родах и материнстве женщины находятся в настоящий момент. Ключевыми становятся ответы женщин на такие вопросы, как: какой срок беременности? Как в целом протекает Ваша беременность? Каковы Ваши ожидания от занятия? Что Вы чувствуете по мере приближения родов? Готовитесь ли Вы к родам? Что Вы считаете самым важным для родов? Цель работы психолога по данной программе - расширить вариативность в решении проблемных вопросов, связанных с беременностью и родами, формирование индивидуального подхода к каждой женщине.

Можно выделить несколько групп. Одним будут присущи волнения, многочисленные страхи (за жизнь ребенка, за собственное здоровье). У них нет объективной информации о процессе родов, ориентир на рассказы других женщин о том, как проходили их роды, которые часто пугающие. Ожидание от родов сильной боли и страданий. Состояние паники, концентрация на болевых ощущениях, женщина жалеет себя, забывая о ребенке. Ей трудно занять позицию сотрудничества.

Другим будет присуще то, что они знают о родах, читают информацию. Женщины настроены часто позитивно, но не уверены в каких-то моментах. Много информации в теории, которая начинает путаться в голове, накладывается на субъективные ощущения и просто выпадает в нужные моменты, что тоже может привести к панике и сосредоточению на страхе.

У третьих сформировано позитивное отношение к родам. Воспринимают роды, как физическую работу, которая требует определенных усилий, но в конце их ждет награда в виде их

родного маленького малыша. Ощущение приближения праздника. Женщины не только читают информацию, но и прорабатывают все то, что может им помочь на родах. Приемы дыхания, самомассаж, облегчающие позы. Она воспринимает свою роль в родах не как самого «главного» человека, которому тяжело и трудно, а как «помощницы» ребенку, который проходит очень сложный путь в своей жизни. Она входит в роды, полностью принимая этот процесс, все время находится в состоянии «здесь и сейчас», сотрудничает с врачами. Тем самым помогает малышу и себе.

Каждая группа женщин требует особого внимания к себе и дополнительного сопровождения. Это может быть как комплекс занятий, посвященный процессу родов, послеродовому периоду, важными в котором являются уход за ребенком и психологическая готовность к грудному вскармливанию, так и работа с использованием методов арт-терапии, музыкотерапии, сказкотерапии, направленная на снижение тревожности и проработку страхов.

По окончании курса также проводится опрос. Здесь женщинам предлагается ответить на следующие вопросы: Какие ощущения испытываете сейчас, по окончании курса? Как изменились вы со времени первого занятия? Что важного вынесли для себя из работы группы?

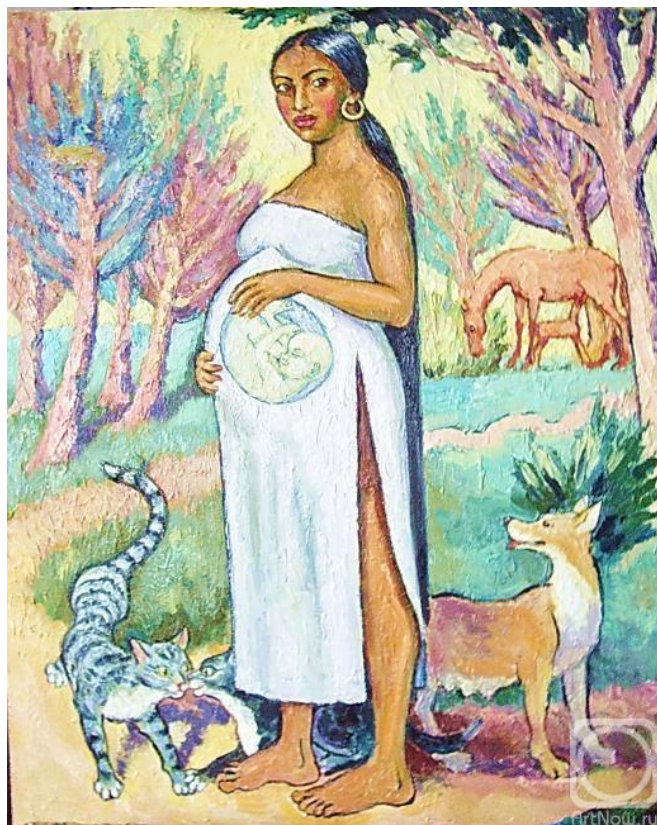
Готовы ли работать над своими родительскими знаниями и умениями после рождения ребенка?

Анализ ответов показал, что после прохождения курсов «Радуга материнства» у женщин снижается тревожность, они становятся более уверенными в себе, четко структурируют для себя информацию, готовы работать над своими родительскими компетентностями. Рекомендуют другим будущим мамам посещение курсов. Более осознанно подходят к теме родительства и к последующему планированию новых беременностей. Что является важным вкладом в профилактику аборт.

Таким образом, о психологической готовности можно говорить как о целом комплексе: готово тело, присутствуют знания, уравновешены эмоции и будущая мама чувствует поддержку. Все эти составляющие переплетаются между собой: невозможно помочь своему телу, не получив знаний об этом; невозможно победить страхи, не имея информации о процессе или считая свое будущее неопределенным; трудно настроиться на роды, если много тревог. Готовясь по одному из параметров, женщина делает значительный вклад в подготовку другого. И конечно, главными помощниками в этом деле являются врачи, консультанты курсов подготовки к родам, психологи, а также близкие люди, находящиеся рядом.

Литература

1. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 319 с.
2. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 240 с.



Сестринское дело в психиатрии

УДК 616.89-082 (-202) (470.57)

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Т.А. Воронкова

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

Аннотация. В статье излагаются основы организации сестринской помощи психотерапевтического профиля в рамках крупной областной психиатрической больницы. Правильная организация труда способствует высокой производительности, уменьшению физической нагрузки, минимальному психоэмоциональному напряжению медицинских сестер, мотивирует на активное вовлечение в лечебный процесс и повышение качества оказания медицинской помощи.

Ключевые слова. Сестринское дело в психиатрии.

ORGANIZATION OF NURSING IN PSYCHOTHERAPEUTIC OUTPATIENT DEPARTMENT

Voronkova T. A.

Resume. The article sets out the basis for the organization of nursing care psychotherapeutic profile within the large regional psychiatric hospital. Proper organization of labor contributes to higher productivity, reduced physical activity, the minimum mental and emotional stress of nurses to motivate active involvement in the healing process and increase the quality of care.

Keywords. Nursing in Psychiatry.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой» является одной из старейших психиатрических клиник Российской Федерации. Свою историю начинает с 1897 года, когда в Омске был открыт приют для душевнобольных на 20 коек. Больница оказывает все виды современной психиатрической, наркологической, психотерапевтической помощи взрослому и детскому населению региона. Психотерапевтическое амбулаторное отделение в структуре больницы было организовано в 1996 году и в настоящее время является ведущим психотерапевтическим учреждением Омской области. Отделение расположено в психотерапевтическом комплексе, его площадь составляет площадь 180 кв.м. Отделение предназначено для оказания психотерапевтической помощи взрослому контингенту с пограничными психическими расстройствами, а также лицам с донозологическим уровнем расстройств и нуждающихся в специализированных рекомендациях по сохранению психического здоровья и ведению здорового образа жизни.

К основным задачам отделения относятся:

- оказание специализированной психотерапевтической и психиатрической помощи взрослому контингенту при непсихотических психических расстройствах, больным с психическими заболеваниями в стадии ремиссии, вне обострения и нуждающимся в психотерапевтической помощи;

- оказание психокоррекционной помощи лицам, обратившимся с различными психосоциальными проблемами.

Основной акцент в работе отделения сделан на создании активной психотерапевтиче-

ской среды, важнейшими компонентами которой являются:

- эстетическое оформление кабинетов;
- организация работы с минимизацией психотравмирующего воздействия на пациентов, в частности – отсутствие очереди на прием. В отделении ведется запись на прием по телефону, а с 2013 года на сайте больницы организована электронная запись. Отделение работает ежедневно, за исключением выходных и праздничных дней в две смены.

Посещаемость отделения с каждым годом возрастает за счет обращения здоровых лиц с психосоциальными проблемами, а также с выходом врачей и медицинских сестер отделения в профессиональное сообщество урологов, гинекологов, неврологов. Существенным фактором стабилизации приема пациентов является внедренная система доврачебной диагностики депрессивных состояний, разработанная в 2013 заведующим и медицинскими сестрами.

Медицинская сестра психотерапевтического амбулаторного отделения умеет быстро ориентироваться в обстановке и постоянно развивает профессиональную наблюдательность, так как порой встречается с острыми психотическими состояниями пациентов.

Правильная организация труда способствует высокой производительности, уменьшению физической нагрузки, минимальному психоэмоциональному напряжению и мотивирует на активное вовлечение персонала психотерапевтического амбулаторного отделения в лечебно-диагностический процесс.

Основное место работы медицинской сестры – это регистратура. Регистратура оснащена мебелью, медицинским оборудованием, теле-

фонной связью, бланковой продукцией. Регистратура зонирована:

1 зона «Прием пациента». Медицинская сестра заводит амбулаторную медицинскую карту, осматривает на педикулез, наличие кожных заболеваний, измеряет АД, проводит доврачебную диагностику психических расстройств.

2 зона «Хранение амбулаторных карт».

3 зона «Компьютерная регистрация» оснащена компьютером в базе АСУ «Диспансер».

С декабря 2015 года на сайте больницы ведется электронная запись на прием по Интернету. За 1 год было выдано 176 талонов, более 60 % пациентов – это первичные больные, которые в конечном итоге доходят до врача.

В таблице 1 представлен объем процедур, проводимых медицинскими сестрами за 2013-2015 гг.

Таблица 1

Сестринские технологии в психотерапевтическом отделении

	2013	2014	2015
Телефонное консультирование пациентов	9823	12626	13627
Телефонное консультирование родственников	5452	6452	7121
Оценка гемодинамических показателей	8852	9562	10465
Антропометрическое исследование	8852	9562	10465
Оценка образа жизни	7896	8124	8865
Доврачебная оценка психического статуса	8462	9128	10010
Оценка психосоциального статуса	8698	9025	10246

Из приведенной таблицы 1 видно, что объем выполненных манипуляций растет преимущественно за счет инновационных сестринских технологий психиатрического сервиса.

Повышение квалификации сестринского персонала ведется по двум основным направлениям – последипломная подготовка и профессиональное непрерывное образование, включающее систему многоуровневой подготовки и новую форму сотрудничества практического здравоохранения и образовательного – учебно-методический комплекс в больнице. Все специалисты регулярно проходят курсы повышения квалификации на базе ОЦПК, все имеют сертификат специалиста.

Для определения уровня квалификации специалиста и соответствия его профессионально-должностным требованиям проводится аттестация с последующим присвоением квалификационной категории. Две медицинских сестры имеют высшее образование, одна – повышенный уровень образования профессиональной подготовки.

Сестринский персонал отделения занимается педагогической деятельностью – ведется предметная подготовка специалистов во время учебно-производственной практики, занятия со студентами колледжей и слушателей ЦПК. Активно используются современные психолого-педагогические технологии, что способствует росту численности молодых специалистов, повышает мотивацию к профессиональному труду, а в конечном итоге – в значительной степени обеспечивает кадровый состав крупной областной больницы. За отчетный период сестринским коллективом отделения были подготовле-

ны 9 медицинских сестер, которые трудоустроены в психиатрическую больницу.

Сестринским персоналом отделения ведутся планомерные научные исследования в области сестринской помощи при непсихотических психических расстройствах, в частности по темам «Технологии психиатрического сервиса в психосоциальной реабилитации женщин трудоспособного возраста, страдающих непсихотическими депрессивными расстройствами» и «Комплексный подход к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста». Была разработана и внедрена система доврачебной диагностики депрессивных состояний, которая показала эффективность в разных группах населения. Она основана на само- и взаимодиагностике и своевременном обращении к врачам-психотерапевтам. Благодаря данным разработкам более 500 человек обнаружили у себя признаки эмоциональных проблем, прошли своевременное лечение и вернулись к полноценной жизни, работе, смогли сохранить и укрепить семейные отношения. В текущем году сестринский коллектив отделения проводит новое научное исследование по профилактике эмоционального выгорания у медицинских сестер психиатрической клиники.

Медицинская профилактика является частью комплекса профилактических и лечебных мероприятий, направленных на формирование отношения личности к своему здоровью.

Основными направлениями медицинской профилактики являются:

- гигиеническое воспитание;
- пропаганда здорового образа жизни;

- пропаганда мероприятий по профилактике конкретных заболеваний.

Вопросами гигиенического воспитания, обучения и пропаганде здорового образа жизни в отделении уделяется большое внимание. Для пациентов организованы «Уголки здоровья», которые регулярно пополняются новой информацией о заболеваниях, современных методах их лечения и профилактике, а также нормализации психосоциального состояния. Медицинскими сестрами проводятся беседы и лекции.

Сестринский коллектив отделения принимает участие в профилактических акциях. Всего за отчетный период проведено 756 профилактических бесед с пациентами и их родственниками. На проведение профилактической работы в 2013-2015 гг. было затрачено 412 часов. Данные о медицинской профилактике приведены на рисунке 2.

В настоящее время делается акцент на групповые беседы, что значительно увеличивает число пациентов, вовлеченных в медицинскую профилактику.

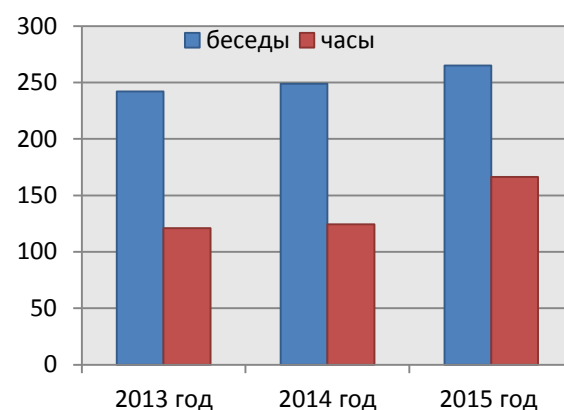


Рисунок 1. Показатели профилактической работы за 2013-2015 гг.

В 2010 году были разработаны и внедрены инновационные формы групповой психотерапевтической работы – «Школа радости», школа «Депрессии – нет!», школа «Управляй стрессом», ориентированная на пациентов с непсихотическими депрессиями различной этиологии. Данные по школам представлены в таблице 2

Таблица 2

«Школы здоровья» в Омской психиатрической больнице

	2013	2014	2015
«Школа радости»	312	334	368
Школа «Депрессии – нет!»	309	312	346
Школа «Управляй стрессом»	372	398	412
Школа «Здоровый образ жизни»	318	321	398

Как видно из данных таблицы, возросло количество пациентов обученных в школах здоровья. Школы стали пользоваться большой популярностью у пациентов и их родственников.

В рамках программы повышения психологической компетенции медицинских работников и профилактики профессионального выгорания с 2012 года нами проводится Школа здоровья «Профилактика эмоционального выгорания» для всех сотрудников. Общее число участников тренингов составило в 2012 году 154 человека, в 2013 году – 256 человек, в 2014 году – 267 человек, в 2015 году – 269 человек. Число участников групп растет за счет эффективности проводимых занятий.

Старшая медицинская сестра ведет большую работу по курации и проверке общебольничной санитарно-просветительной работе.

Сестринский коллектив отделения активно участвует в работе Совета по сестринскому делу, в конференциях различного уровня. Сестры отделения ведут занятия, как в школе медицин-

ской сестры психиатрической клиники, так и в школе младшего персонала, а также принимают участие в различных конкурсах профессионального мастерства, где неоднократно занимали призовые места.

Резюмируя вышеизложенное, отметим, что в рамках крупной областной психиатрической больницы была проведена оптимизация работы сестринского персонала, предложены и внедрены формы охраны психического здоровья медицинских сестер. В рамках психотерапевтического отделения налажена работа младшего и среднего персонала, преодолена проблема текучести кадров, разработаны и активно используются сестринские инновационные технологии психиатрического сервиса в отношении профильных пациентов. Ведутся научные исследования про профилю отделения, их результаты регулярно докладываются на профессиональных научно-практических мероприятиях и публикуются в профильных научных изданиях.

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.