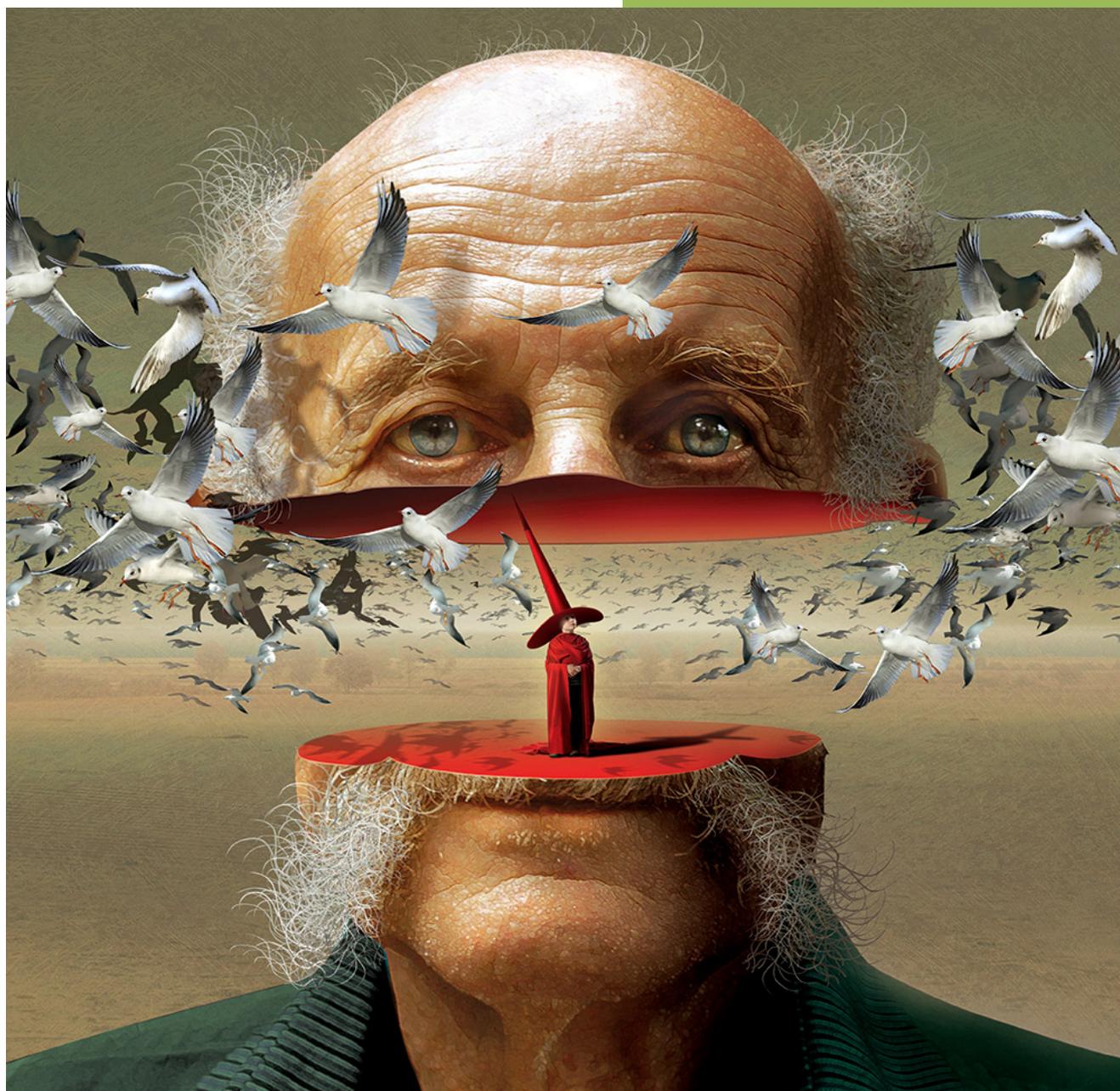


Омский психиатрический журнал

1 (19) 2019



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

Научно-практическое сетевое издание

**1 (19)
2019**

**ISSN
2412-8805**

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
/orj/index.shtml](http://omskoop.ru/orj/index.shtml)

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины
Mark Ryden
The Apology. 2006

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.

Бойко А.С., к.м.н.

Васильченко К.Ф.

Воронкова Т.А.

Малютин Т.В.

Стаценко О.А., к.м.н.

Редакционный совет:

Антилогова Л.Н., д.пс.н.

Дроздовский Ю.В., д.м.н.

Дементий Л.И., д.пс.н.

Иванова Т.И., д.м.н.

Крахмалева О.Е., к.м.н.

Одарченко С.С., д.м.н.

Чеперин А.И., к.м.н.

Федотов И.А., к.м.н.

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
Социальные аспекты психиатрии		Social Aspects of Psychiatry
Социально-психологические аспекты женского алкоголизма <i>И.А. Гладков</i>	4	Sociopsychological aspects of women's alcoholism <i>I.A.Gladkov</i>
Психотерапия и реабилитация		Psychotherapy and rehabilitation
Арт-терапия в психосоциальной реабилитации людей с особенностями развития психики <i>О.А. Александрова, Ю.А. Вьюшкова, О.С. Галенко</i>	7	Art therapy in the psychosocial rehabilitation of people with peculiarity of development of psyche <i>O.A. Alexandrova, Yu.A. Vyushkova, O.S. Galenko</i>
Опыт психосоциальной реабилитации детей и подростков с расстройствами психики <i>А.М. Belkina</i>	10	The experience of psychosocial rehabilitation of children and adolescents with mental disorders <i>A.M. Belkina</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Социальные и психологические проблемы людей, осуществляющих уход за родственниками, больными деменцией <i>М. В. Альшанская, А. С. Макушина, Н. В. Александрова, В. В. Лемши</i>	13	Social and psychological problems of people carrying on relatives with patients with dementia <i>M.V. Alshanskaya, A.S. Makushina, N.V.Aleksandrova, V.V. Lemish</i>
Клиническая психология в экспертной практике. Лекция. <i>Д.В. Четвериков</i>	16	Clinical psychology in expert practice. Lecture. <i>D.V. Chetverikov</i>
Сестринское дело в психиатрии		Nursing in Psychiatry
Повторные переломы у пациентов психогеронтологического профиля с остеопорозом: оценка риска и профилактика <i>Ю.Г. Майорова</i>	22	Repeated fractures in geriatric patients of the psychiat- ric service with osteoporosis: risk assessment and pre- vention <i>Yu. G. Mayorova</i>

Содержание предшествующих выпусков «Омского психиатрического журнала» 2014—2018 гг.

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Текущий номер сетевого издания «Омский психиатрический журнал» открывает статья, посвященная основным особенностям женского алкоголизма. Исходя из данных литературы и собственной клинической практики автор указывает основные специфические черты данной патологии: женщины употребляют алкоголь в меньших дозах и менее крепкий, позже начинают злоупотреблять алкоголем, менее склонны к употреблению суррогатов, реже переносят алкогольные психозы, менее склонны к делинквентному поведению в опьянении, реже группируются в пьющие компании и чаще алкоголизируются в одиночестве, чаще скрывают факты алкоголизации и преуменьшают объемы пьянства, токсический эффект алкоголя на женский организм более губителен, значительно чаще встречается аффективная патология при меньшей частоте психопатического радикала, большая частота депрессивных форм опьянения и суицидальных попыток, в патологическом влечении к алкоголю преобладает аффективный компонент над сенсорным, идеаторным, поведенческим и вегетативным.

Лечебно - реабилитационные задачи в ношении женщин такие же, как и в отношении мужчин, но имеют свою специфику. Преодоление анозогнозии сопряжено с сильным психотерапевтическим сопротивлением, что обусловлено страстным стремлением сохранить репутацию как женщины, оправдаться в глазах врача и родных жизненными невзгодами.

Алкоголизирующиеся женщины часто страдают низким уровнем самоуважения, низкой оценкой личностных качеств и внешней физической привлекательности, что порождает чувство одиночества, ущербности, безысходности, бессмысленности существования, крушения социальных притязаний. Нарушение межличностных отношений выражается формированием зависимости от близких, либо потребностью доминировать и манипулировать. В отношениях с мужчинами сексуальный аспект преобладает над духовно-эстетическим, культурным, социальным и другими. Наиболее ранним и тяжелым социально-психологическим следствием женской алкоголизации является распад внутрисемейных отношений и эмоциональных связей. Мужчины, остающиеся в отношениях с пьющими женщинами, нередко обнаруживают признаки сексуальной, материальной, психологической или другой зависимости, или удерживаются общими алкогольными интересами. Реже мужья сохраняют семью из-за чувства ответственности перед детьми, алкоголизация жены в этой ситуации воспри-

нимается как распушенность, безответственность. Подобные представления являются причиной их отказа вовлекаться в обсуждение нарушенных сексуальных и семейных отношений, порождают стремление доминировать. Гораздо тяжелее разрушение эмоциональных связей отражается на психике детей, что может провоцировать у них невротические расстройства, девиантные формы поведения в подростковом возрасте, психосоматические нарушения. В семьях с пьющими матерями психические отклонения у детей облигатны по причине, как психотравмирующей ситуации, так и перинатального влияния алкоголя.

Омские специалисты, активно занимающиеся реабилитационной работой с психически больными, посетили юбилейный Пятый Московский международный фестиваль творчества людей с особенностями развития психики «Нить Ариадны», организованный «Клубом психиатров» при поддержке Департамента здравоохранения, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и Департамента культуры Правительства Москвы, а также при поддержке Фонда президентских грантов. Сообщению об этом знаменательном событии посвящена отдельная работа в текущем выпуске журнала. Авторы отмечают, что Фестиваль служит не только для представления творческих успехов пациентов, их неординарных возможностей, но и для обмена творческим опытом, поддержки, сотрудничества. С этой целью проводились мастер классы по арт-терапии. Участие в Фестивале дает посыл для специалистов в поиске новых направлений и интересных решений для дальнейшего развития арт-терапии с использованием современных технологий. В отделениях нашей больницы с пациентами активно работают специалисты по социальной работе и психологи преимущественно по таким направлениям как театральное, вокально-инструментальное, декоративно-прикладное, художественное творчество, фотография.

Реабилитационное направление в работе с детьми и подростками раскрывается в работе специалиста Омской психиатрической больницы. В Психиатрическом Диспансерном Отделении для детей и подростков и в отделениях №10 и №12 организованы тренинги по развитию социальных навыков и навыков личной гигиены. Применяется терапия тренингами, пациенты участвуют подготовке к праздникам. Также созданы бригады межведомственного взаимодействия, в состав которых входят сотрудники медицинских, обра-

зовательных, профессиональных учреждений, органов по трудоустройству и учреждений социальной защиты, что позволяет комплексно решать проблемы психически больных, обеспечивает многосторонний подход к их реабилитации.

Актуальной проблемой современности является значительное «постарение» населения и увеличение числа случаев психической патологии, связанной с возрастом. По данным ВОЗ распространенность болезни Альцгеймера с каждым годом растет и молодеет. Если раньше заболевание в среднем встречалось у людей в возрасте от 60 лет, то на сегодняшний день оно проявляется, начиная с 50 лет. Сегодня более 35 миллионов человек во всем мире страдают от деменции. Медико-социальные, экономические и эмоциональные проблемы, связанные с деменцией, самым тяжелым бременем ложатся на родственников пациентов. Авторы показали, что уход за родственником, страдающим деменцией, значительно ухудшает качество жизни за счет значительного изменения ее уклада. Это приводит как к материальным проблемам, так и к психологическим затруднениям, в ряде случаев трансформирующихся в соматовегетативные нарушения. Это обосновывает актуальность разработки мероприятий по социальной поддержке родственников.

В представляемом выпуске журнала мы решили продолжить публикацию лекций по наиболее актуальным вопросам психиатрии и смежных областей. Одним из приоритетных видов профессиональной деятельности клинических психологов является участие в различ-

ных видах экспертизы (военной, трудовой, судебной). При этом проведение судебной экспертизы является наиболее значимым из них, поскольку именно при этой форме применения специальных профессиональных познаний психолог выступает как самостоятельный эксперт, обладающий процессуальными правами и обязанностями, в то время как в других видах экспертизы он оказывает консультативную помощь врачам-психиатрам. В клинической лекции рассматриваются основные аспекты деятельности клинического психолога в экспертной практике.

Завершающая статья выпуска посвящена оценке риска и профилактике переломов у лиц поздних возрастных групп, страдающих психическими заболеваниями. Травматизм среди пациентов геронтопсихиатрического профиля представляет собой серьезную медико-социальную проблему. В представленной статье автор приводит подробный анализ причин переломов у пациентов позднего возраста в условиях психиатрического стационара позднего возраста. На его основании оценены факторы риска, а также разработаны основные направления профилактики данной патологии. Работа с пожилыми пациентами с высоким риском травматизма и получения повторных переломов базируется на трех принципах: диагностика и лечение остеопороза, своевременное лечение переломов, профилактика повторных переломов. Значительную роль в системе профилактики падений и повторных переломов у пожилых пациентов играет сестринский персонал психиатрического стационара.

*Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.*



Социальные аспекты психиатрии

УДК 616.89-008.441.13-055.2

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

И.А. Гладков

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Наркологический диспансер»

nardok71@list.ru

Аннотация. В статье автор рассматривает основные клинико-динамические и социально-психологические аспекты алкогольной болезни у женщин. Исходя из данных литературы и собственной клинической практики автор указывает основные специфические черты данной патологии: женщины употребляют алкоголь в меньших дозах и менее крепкий, позже начинают злоупотреблять алкоголем, менее склонны к употреблению суррогатов, реже переносят алкогольные психозы, менее склонны к делинквентному поведению в опьянении, реже группируются в пьющие компании и чаще алкоголизируются в одиночестве, чаще скрывают факты алкоголизации и преуменьшают объемы пьянства, токсический эффект алкоголя на женский организм более губителен, значительно чаще встречается аффективная патология при меньшей частоте психопатического радикала, большая частота депрессивных форм опьянения и суицидальных попыток, в патологическом влечении к алкоголю преобладает аффективный компонент над сенсорным, идеаторным, поведенческим и вегетативным.

Ключевые слова. Алкоголизм, пьянство у женщин.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF WOMEN'S ALCOHOLISM

I.A.Gladkov

Abstract. In the article, the author considers the main clinical, dynamic, social and psychological aspects of alcohol dependence in women. Based on literature data and own clinical practice, the author points out the main specific features of this disease: women use alcohol in smaller doses and less strong, later begin to abuse alcohol, are less likely to use surrogates, less likely to suffer alcohol psychosis, less prone to delinquent behavior in intoxication, less often are grouped into drinking companies and more often alcoholize alone, more often they conceal the facts of alcoholism and underestimate the volume of drunkenness, the toxic effect of alcohol on women's organism is more damaging, significantly more common affective pathology at a lower frequency psychopathic radical, most forms of depressive frequency of intoxication and suicidal attempts, a craving for alcohol affective component predominates over the touch, ideational, behavioral and autonomic one.

Keywords. Alcoholism, drinking in women.

Рассматривая женский алкоголизм с клинических позиций, следует отметить полярность обывательских и профессиональных суждений об особенностях формирования, течения, а также прогноза и curaбельности данного заболевания. Наиболее распространенная точка зрения утверждает, что алкоголизм у женщин формируется быстрее, более прогрессивен, труднее поддается лечению. Другая точка зрения состоит в том, что алкоголизм у женщин протекает мягче, чем у мужчин из-за большего числа морально-этических предикторов, ограничивающих алкоголизацию и, следовательно, легче лечится. Наконец, существует мнение, что половые различия с клинической и терапевтической точки зрения ничтожны.

Однако роль биологических и социально-психологических гендерных различий признается большинством авторов. Суть этих обобщенных различий у мужчин и женщин в следующем:

- женщины, как правило, употребляют алкоголь в меньших дозах и менее крепкий;
- позже начинают злоупотреблять алкоголем;

- менее склонны к употреблению суррогатов;
- реже переносят алкогольные психозы, особенно в тяжелых формах;
- менее склонны к делинквентному поведению в опьянении;
- реже группируются в пьющие компании и чаще алкоголизируются в одиночестве;
- чаще скрывают факты алкоголизации и преуменьшают объемы пьянства;
- токсический эффект алкоголя на женский организм более губителен;
- значительно чаще встречается аффективная патология в преморбиде при меньшей частоте психопатического радикала;
- большая частота депрессивных форм опьянения и суицидальных попыток;
- в патологическом влечении к алкоголю преобладает аффективный компонент над сенсорным, идеаторным, поведенческим и вегетативным.

Из всего многообразия различий напрашивается вывод о большей детерминированности женского алкоголизма социально-психологическими и экзистенциально-

психологическими аспектами существования. Социологические данные свидетельствуют, что большинство мужчин бросают пьющих жен, в то время как в отношении пьющих мужчин наблюдается обратная ситуация. Социальная изоляция и распад семейных отношений углубляют депрессивные состояния, усугубляют чувство вины, плаксивость, порождают стремление оправдать свое пьянство психическими травмами, жизненными неурядицами, усиливают отрицание болезни.



У женщин, как и мужчин, можно выделить варианты развития алкоголизма:

Первый - алкоголизм развивается без существенных нарушений в психике как в преморбид, так и по ходу алкоголизации. Этот вариант характеризуется низкой прогрессивностью процесса, незначительным интеллектуальным снижением, сохранностью семейного и трудового статуса. Такие больные долго отрицают свои проблемы, за наркологической помощью обращаются неохотно, воспринимают ее как оскорбляющий, дискредитирующий и постыдный факт. В отношении этих больных эффективны любые методы групповой, семейной и индивидуальной психотерапии при минимуме фармакологического вмешательства. В этой группе высока частота терапевтических ремиссий. Предпочитают анонимные формы наркологической помощи.

Второй вариант - алкоголизм сочетается со стертыми аффективными нарушениями. У таких больных наблюдаются проаддиктивные расстройства в виде эмоциональной лабильности, тревожности, сенситивности, застревающего аффекта, гипотимии, истероидности. Алкоголизация углубляет эти расстройства. Алкоголизм формируется быстрее, патологическое влечение к алкоголю имеет выраженный аффективный заряд, зависимость больные оправдывают эмоциональным напряжением. Семейные и социальные конфликты аггравированы особенностями патологического эмоционального реагирования.

Такие больные быстрее снижаются в семейном и социальном статусе. Эффективность лечения определяется адекватностью медикаментозной терапии, психотерапевтическим сопровождением, семейной и социальной реабилитацией. Частота ремиссий тем выше, чем меньше степень аффективных нарушений и благоприятней микросоциальная среда.

Третий вариант развития - наиболее злокачественный, определяется выраженными аффективными нарушениями и психопатическим радикалом в преморбиде. Эти больные приобщаются к алкоголю в юном возрасте, зависимость формируется в короткие сроки - за 2-3 года. Патопсихологические расстройства способствуют психосоциальной дезадаптации. У таких больных не формируются своевременно навыки семейного, социального и профессионального функционирования. Сексуальные отношения формируются на почве совместных алкогольных интересов и часто приобретают форму промискуитета. Таким больным не удается создать полноценную семью, в отношении родных и социума формируются паразитические установки, быстро развивается алкогольная деградация. За лечением обращаются под административным давлением или ультимативными требованиями родных, представляют наименее курабельный, почти безнадежный вариант. Социальная реабилитация их в современных реалиях крайне затруднительна и прогноз в отношении их, как правило, неблагоприятный. В клинической практике имеют место и промежуточные варианты, но среди пациентов, состоящих на диспансерном наркологическом наблюдении, преобладают больные второго и третьего варианта.

Лечебно - реабилитационные задачи в отношении женщин такие же, как и в отношении мужчин, но имеют свою специфику. Преодоление анозонозии сопряжено с сильным психотерапевтическим сопротивлением, что обусловлено страстным стремлением сохранить репутацию как женщины, оправдаться в глазах врача и родных жизненными невзгодами.

Алкоголизирующиеся женщины часто страдают низким уровнем самоуважения, низкой оценкой личностных качеств и внешней физической привлекательности, что порождает чувство одиночества, ущербности, безысходности, бессмысленности существования, крушения социальных притязаний. Нарушение межличностных отношений выражается формированием зависимости от близких, либо потребностью доминировать и манипулировать. В отношениях с мужчинами сексуальный аспект преобладает над духовно-эстетическим, культурным, социальным и другими. Часто это проявляется внешним нарочитым отрицанием социальных и семейных ценностей при глубокой внутренней экзистенциально-неудовлетворенной потребности в них. Уровень общей психической дезадапта-

ции у женщин, как правило, выше, чем мужчин, так как они быстрее лишаются семейной и социальной поддержки, имеют более выраженные соматические последствия алкоголизации с более выраженными признаками внешнего увядания и утратой комплекса женственности.



Влияние всего многообразия психосоциальных факторов порождает различные формы анозогнозии. Одна форма основана на стремлении снизить психотравмирующее влияние от признания факта алкогольного пристрастия. Для объяснения алкогольной привязанности, интрапсихических, семейных и социальных коллизий больные выстраивают «концепции», отражающие их личность, систему ценностей. Такая форма анозогнозии свойственна больным с первой и частично со вторым типом течения алкоголизма, когда употребление алкоголя не связывается с его анксиолитическим действием. Эта форма анозогнозии успешно преодолевается традиционными психокоррекционными методами.

Другая форма анозогнозии отличается тем, что в дисгармоничную систему интра- и межперсональных отношений включаются эмоциональные расстройства. У таких больных алкоголь

выступает как способ сглаживания этой дисгармоничности. Суть дисгармонии заключается в неадекватной оценке эмоционально-волевых, интеллектуальных и других свойств личности, неудовлетворенности собой, чувстве дискомфорта, безосновательных претензиях к окружению, низкой адаптивности к психологическим факторам среды. Данная форма свойственна больным второй группы и частично третьей. Преодоление анозогнозии достигается через коррекцию личностных проблем и дисгармонии сексуальных и межличностных отношений, что требует больших психотерапевтических и временных ресурсов.

Третья форма анозогнозии имеет все особенности второй, но алкоголизация при этом становится образом жизни. Преодоление анозогнозии сопряжено с коррекцией девиантной формы поведения, и когнитивными ограничениями, что в психотерапевтическом плане малоэффективно.

Наиболее ранним и тяжелым социально-психологическим следствием женской алкоголизации является распад внутрисемейных отношений и эмоциональных связей. Мужчины, остающиеся в отношениях с пьющими женщинами, нередко обнаруживают признаки сексуальной, материальной, психологической или другой зависимости, или удерживаются общими алкогольными интересами. Реже мужья сохраняют семью из-за чувства ответственности перед детьми, алкоголизация жены в этой ситуации воспринимается как распущенность, безответственность. Подобные представления являются причиной их отказа вовлекаться в обсуждение нарушенных сексуальных и семейных отношений, порождают стремление доминировать. Гораздо тяжелее разрушение эмоциональных связей отражается на психике детей, что может провоцировать у них невротические расстройства, девиантные формы поведения в подростковом возрасте, психосоматические нарушения. В семьях с пьющими матерями психические отклонения у детей облигатны по причине, как психотравмирующей ситуации, так и перинатального влияния алкоголя.

Литература

1. Г.В. Морозов «Алкоголизм». М: «Медицина», 1983г.
2. И.Н. Пятницкая. «Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма». М: «Медицина», 1988г.
3. П.Д. Шабанов «Руководство по наркологии». 2-е издание Издательство «Лань», 1999г.
4. «Лекции по наркологии». 2-е издание под редакцией Н.Н. Ивана. М: «Нолидж», 2000г.

Психотерапия и реабилитация

УДК 616.89

АРТ-ТЕРАПИЯ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ

О.А. Александрова, Ю.А. Вьюшкова, О.С. Галенко

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

honey.alva@mail.ru

Аннотация. В сообщении авторы рассказывают о ходе Пятого Московского международного фестиваля творчества людей с особенностями развития психики «Нить Ариадны». Показан собственный опыт реализации арт-терапевтического подхода при лечении хронических психических расстройств.

Ключевые слова. Арт-терапия, реабилитация психически больных.

ART THERAPY IN THE PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH PECULIARITY OF DEVELOPMENT OF PSYCHE

O.A. Alexandrova, Yu.A. Vyushkova, O.S. Galenko

Abstract. In the message, the authors tell about the course of the Fifth Moscow International Festival of Creativity of People with Peculiarities of the Development of the Mind "Ariadne's Thread". The author shows his own experience in implementing an art-therapeutic approach in the treatment of chronic mental disorders.

Keywords. Art therapy, rehabilitation of the mentally ill.

В медицинских, образовательных и социальных учреждениях разных стран в последние годы все более активно применяется такой инновационный здоровьесберегающий подход, как психотерапия искусством (arts therapies). Согласно Резолюции РОО «Арт-терапевтическая ассоциация», принятой 16 мая 2009 г., арт-терапия рассматривается как «система психологических и психофизических лечебно-коррекционных и профилактических воздействий, основанных на занятиях клиента (пациента) изобразительной деятельностью, построении и развитии психотерапевтических отношений. Она может применяться с целью лечения и предупреждения различных болезней, коррекции нарушенного поведения и психосоциальной дезадаптации, реабилитации лиц с психическими и физическими заболеваниями и психосоциальными ограничениями, достижения более высокого качества жизни и развития человеческого потенциала» [1].

В том же документе отмечено: «Арт-терапия тесно связана с клинической практикой. Это определяет приоритетную роль клинических знаний, опору на концепцию биопсихосоциогенеза болезней и состояний психосоциальной дезадаптации при разработке и реализации арт-терапевтических вмешательств. Попытки использовать техники арт-терапии без достаточной клинической подготовки или при отсутствии тесного контакта со специалистами в области психического здоровья, медицинскими работниками во многих случаях могут быть признаны неэтичными и

чреватými причинением клиентам морального и физического ущерба. Арт-терапия также тесно связана с художественной практикой. Хорошее знание специалистом в области арт-терапии возможностей различных художественных материалов и форм художественной практики может способствовать повышению эффективности работы» [цит. по 1].

С 18 по 25 ноября 2018 года в Москве состоялся юбилейный Пятый Московский международный фестиваль творчества людей с особенностями развития психики «Нить Ариадны», организованный «Клубом психиатров» при поддержке Департамента здравоохранения, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и Департамента культуры Правительства Москвы, а так же при поддержке Фонда президентских грантов. Фестиваль берет свою историю с 2010 года и проводится раз в два года. В текущем году в Фестивале приняли участие творческие делегации из 14 стран и 40 городов России от Владивостока до Калининграда. Результаты арт-терапевтической работы представили пациенты психиатрических больниц и стационарных учреждений социального обслуживания психоневрологического типа, а также общественные организации, социальные фонды, творческие объединения, занимающиеся с пациентами, страдающими ДЦП, болезнью Дауна, аутизмом и другими психическими расстройствами.

В программе фестиваля 7 творческих номинаций:

- театральное творчество;

- концертное творчество;
- литературное творчество;
- фотография;
- кино;
- изобразительное и прикладное искусство;
- мультимедийные проекты (журналистика).



В творческую часть фестиваля вошло около 40 спектаклей, 700 произведений изобразительного искусства, более 200 фоторабот, более 15 фильмов, 2 гала-концерта, литературные чтения.

Торжественное открытие и закрытие Фестиваля проходило в Доме Кино союза кинематографистов РФ, так же площадками Фестиваля стали Государственный музей изобразительных искусств им. А.С.Пушкина, Центр эстетического воспитания детей и юношества «Мусейон», Культурный центр ЗИЛ, Московский театр «Театр Луны», Мастерская Олега Буданкова, Кино-клуб-музей «Эльдар», Московский финансово-юридический университет «МФЮА», ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5 ДЗМ», Московский академический художественный лицей при Российской Академии художеств, Государственная Третьяковская галерея, государственный выставочный зал «Галерея «Беляево», Культурный центр «Москвич», галерея «Арт-наив». На выставочных площадках были представлены экспозиции работ участников Фестиваля (картины, рисунки, фотографии, прикладное творчество). Открытие экспозиций сопровождалось концертными музыкально-поэтическими программами участников, так же были организованы встречи с авторами работ. Так же проходили групповые экскурсии в галереях и культурных центрах. Практически на всех площадках Фестиваля были представлены театральные спектакли. В Доме кино проходили кинопоказы документальных, мультипликационных и художественных фильмов, обсуждения и круглые столы по завершению просмотров.

Заочными участниками Фестиваля стали тысячи людей, чьи работы опубликованы в сборниках и каталогах, на сайте фестиваля. Среди них представлены и работы наших пациен-

тов в таких номинациях как литературное творчество, фотография, изобразительное и прикладное искусство. С 2012 года пациенты нашей больницы стали постоянными очными участниками Фестиваля. В 2018 году делегатами Фестиваля стали 8 пациентов, их сопровождали 3 сотрудника. На Пятом Московском международном фестивале творчества людей с особенностями развития психики «Нить Ариадны» Делегация из Клинической психиатрической больницы имени Н.Н. Солодникова была достойно представлена в таких номинациях, как театральное, концертное творчество, изобразительное и прикладное искусство. На сцене культурного центра ЗИЛ был сыгран спектакль театральной студии «Коммуналка» по произведению А.П.Чехова «Медведь». В Гала-концерте, который проходил на сцене Государственного института музыки им. Шнитке, участвовало наше трио Гармония (скрипка, гитара, шейкер) с инструментальными композициями Минорный свинг, песня Кондора (народная перуанская песня), на других творческих площадках звучали песни в авторском исполнении, был исполнен индийский танец. На всех площадках Фестиваля царил атмосфера добра, творчества, взаимопонимания, поддержки.



Успешному выступлению на Фестивале предшествовала работа специалистов с пациентами по различным направлениям арт-терапии: изо-терапия, музыкотерапия, фототерапия, танцтерапия, сказкотерапия и другим. Арт-терапия, это не просто развитие творческих способностей пациентов, главное в этом направлении - научить самопознанию и самовыражению для достижения гармоничного состояния личности. Занятия проводятся как в нашем отделении - психиатрическое медико-реабилитационное - так и в других подразделениях больницы. При подготовке к фестивалю в отделениях больницы были расширены творческие программы в кружковой деятельности, созданы новые тренинги. В творчестве заложен мощный стимул для самореализации, раскрытия внутреннего потенциала, высвобождения скрытых ресурсов. Занятия со специалистом

позволяют так же избавиться от тревоги, апатии, обрести гармонию.

В последние годы также происходят существенные изменения в работе психиатрических учреждений, связанные с развитием биопсихосоциального подхода к лечению психических заболеваний, деятельностью полипрофессиональных бригад специалистов, совершенствованием внебольничной помощи душевнобольным, более активным использованием ресурсов местных сообществ, повышением внимания к качеству жизни больных, преодолению их стигматизации. Формы арт-терапевтической работы при этом становятся все более разнообразными, учитывающими полипрофессиональный контекст деятельности психиатрических учреждений и направленными на получение максимального лечебно-реабилитационного эффекта, успешную интеграцию больных в общество [1].

Всегда сложно отбирать работы для представления на Фестивале. Все работы интересны, несут энергетический и смысловой посыл. Кроме того, работы должны соответствовать определенным требованиям по размеру, качеству, возможностям транспортировки. Эти требования имеют особенности для каждой номинации. Это достаточно напряженный и кропотливый совместный труд специалистов по социальной работе, психологов и пациентов.

Фестиваль служит не только для представления творческих успехов пациентов, их неординарных возможностей, но и для обмена творческим опытом, поддержки, сотрудничества. С этой целью проводились мастер классы по арт-терапии. Участие в Фестивале дает посыл для специалистов в поиске новых направлений и интересных решений для дальнейшего развития арт-терапии с использованием современных технологий. В отделениях нашей больницы с пациентами активно работают специалисты по социальной работе и психологи преимущественно по таким направлениям как театральное, вокально-инструментальное, декоративно-прикладное, художественное творчество, фотография. На сегодняшний день во всем мире широкое распространение получает такое направление в творчестве пациентов как мультимедиа, создаются радиостанции, интернет-порталы, выпускаются печатные издания, где пациенты могут делиться переживаниями, личным опытом преодоления заболевания. Психи-

атрическое медико-реабилитационное отделение, как организационно-методический координатор реабилитационных программ в учреждении, приглашает к сотрудничеству специалистов по социальной работе, психологов, пациентов и их родственников с целью развития современных арт-терапевтических направлений работы (мультимедиа-творчество).

Выступления, публикации, выставки дают возможность пациентам показать себя, почувствовать уверенность в своих силах и успехе, получить ответную реакцию, заинтересованность и поддержку других участников. Благодаря участию в Фестивале пациенты так же имеют возможность увидеть Москву, общаться с другими пациентами со схожими проблемами здоровья. Каждая такая поездка дает новый посыл для повышения качества жизни больных, самовыражения в творчестве. После поездки в отделение был организован «отчетный» концерт творческих номеров, представленных на площадках Фестиваля, а также фотослайды с поездки. В неформальной обстановке пациенты имели возможность поделиться своими впечатлениями о поездке, о встречах, о пережитых эмоциях. Это служит стимулом для других ребят в реализации своих творческих возможностей, перенесения внутренних конфликтов, напряжения в более приемлемый для социума вид, т.е в искусство.



Творчество расширяет возможности восстановления, возвращения к качественной, интересной жизни, преодоления себя после перенесенного психотического состояния, способствует вовлечению лиц с психическими расстройствами в общественную жизнь.

Литература

1. Копытин А.И. Применение арт-терапии в лечении и реабилитации больных с психическими расстройствами. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2.

ОПЫТ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ

А.М. Белкина

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

natalie_v_al@inbox.ru

Аннотация. В статье описывается опыт психосоциальной реабилитации детей и подростков с расстройствами психики. Уделяется внимание описанию проводимых мероприятий с данной категорией пациентов, какие потребности удовлетворяются в процессе взаимодействия детей и подростков со специалистами по социальной работе. Анализ исторического развития психосоциальной реабилитации выделяет ряд важных моментов, сыгравших существенную роль в её развитии.

Ключевые слова. Социальная работа, реабилитация, психические заболевания, пациенты.

THE EXPERIENCE OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

A.M. Belkina

Abstract. In the article the experience of psychosocial rehabilitation of children and teenagers with mental disorders is described. In the message the patient's special needs, trainings and interaction between social workers, children and teenagers are discussed. The analysis of historical experience of psychosocial rehabilitation is shown.

Keywords. Social work, rehabilitation, mental health decision, patients.

«Психосоциальная реабилитация – это процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе» [5].

Понимание психосоциальной реабилитации как процесса, конечной целью которого является устойчивая интеграция больного в сообщество на доступном уровне с одновременным сдерживанием инвалидизации на основе восстановления ослабленных болезнью ресурсов личности и создания необходимых внешних условий с применением комплекса психосоциальных воздействий требует учёба специфики детского и подросткового контингента [2].

Мероприятиям по психосоциальной реабилитации также необходимо соответствовать потребностям и нуждам пациентов, обстановке в отделении, где специалист по социальной работе проводит занятия или лекции с пациентами (отделение и его режим; выборка пациентов для группового занятия и т.д.). Особенности культуры и социально-экономические условия города или страны, где находится лечебное учреждение, также должны учитываться специалистом по социальной работе.

Современные требования к оказанию психосоциальной реабилитации обусловлены переходом от медицинской (монодисциплинарной) к полипрофессиональной модели, основанной на биопсихосоциальном подходе (медикопсихосоциальном), а также возрастающим пониманием важности психосоциальной реабилитации как результирующего итога усилий специалистов. С другой стороны, отмечается неуклонный рост

числа детей и подростков с непсихотическими формами психической патологии и нарушениями поведения, в формировании и динамике которых средовые факторы играют ведущую роль. Это способствует актуализации психосоциальной составляющей комплексной помощи детям. Как в большей степени учитывающей социальные аспекты психического расстройства.

Проблемы детского психического здоровья могут иметь самые разные проявления. Главной сложностью, которая часто не позволяет отнести их к заболеванию мозга, является специфика психических нарушений. В отличие от заболеваний соматической природы психические расстройства могут не вызывать страданий, жалоб, дискомфорта. Тот факт, что многие психические функции у детей формируются произвольно: воспитанием, обучением, дисциплиной, приводит к восприятию психических расстройств как проявлений невоспитанности. Знание специалистами по социальной работе специфики проявлений психических расстройств у детей и подростков позволит им обеспечить более качественный процесс психосоциальной реабилитации [1].

Основными видами мероприятий для детей и подростков являются:

1. помощь при трудоустройстве подростка; поиск для него подходящего места работы;
2. содействие в профессиональной подготовке подростка или его переподготовке; обучение организации быта детей и подростков;
3. обучение навыкам коммуникации, их восстановление;
4. просвещение в сфере досуга;

Целью психосоциальной реабилитации является улучшение качества жизни и социального

функционирования детей и подростков с психическими расстройствами посредством сопровождения их в преодолении социальной отчужденности.

В «Заявлении о психосоциальной реабилитации», разработанном Всемирной Организацией Здравоохранения совместно с Всемирной ассоциацией психосоциальной реабилитации в 1996 г., перечислены следующие задачи реабилитации:

1. уменьшение выраженности психопатологических симптомов с помощью триады – лекарственных препаратов, психотерапевтических методов лечения и психосоциальных вмешательств;

повышение социальной компетентности психически больных людей путем развития навыков общения, умения преодолевать стрессы, а также трудовой деятельности;

2. уменьшение дискриминации и стигмы; поддержка семей, в которых кто-либо страдает психическим заболеванием;

3. создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки, удовлетворение по меньшей мере базовых потребностей психически больных людей, к каковым относятся обеспечение жильем, трудоустройство, организация досуга, создание социальной сети (круга общения) повышение автономии (независимости) психически больных, улучшение их самодостаточности и самозащиты [4].

В истории психосоциальной реабилитации психически больных можно выделить ряд важных моментов, сыгравших существенную роль в ее развитии.

1. Эра моральной терапии (moral therapy). Этот реабилитационный подход, получивший развитие в конце XVIII – начале XIX столетия, заключался в обеспечении психически больных более гуманной помощью. Основные принципы этого психосоциального воздействия сохраняют значение и по сей день.

2. Внедрение трудовой (профессиональной) реабилитации. В России этот подход в лечении психически больных стал внедряться в первой трети XIX века и связан с деятельностью В.Ф. Саблера, С.С. Корсакова и других прогрессивных психиатров. Например, как отмечал Ю.В. Каннабих, к числу важных преобразований, проведенных В.Ф. Саблером в 1828 г. в Преображенской больнице в Москве, относятся «...устройство огородных и рукодельных работ». Трудовой терапии как направлению современной отечественной психиатрии начали уделять особое внимание, начиная с 50-х годов прошлого столетия. Существовала сеть лечебно-трудовых мастерских и специальных цехов, где могли трудиться психически больные люди, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении. С началом социально-экономических реформ в 90-е годы прошедшего столетия около 60% учреждений, занимавшихся трудовой реабилитацией (лечебно-производственные мастер-

ские, специализированные цеха при промышленных предприятиях и др.), были вынуждены прекратить свою деятельность. Однако и в настоящее время трудоустройство и трудотерапия являются важнейшими составляющими в программах психосоциальной реабилитации.

3. Развитие внебольничной психиатрии. Перенесение акцента в оказании психиатрической помощи на внебольничную службу и осознание того факта, что пациент может лечиться недалеко от семьи и от места работы, имело огромное значение для восстановления больного человека.

В 30-е годы прошлого столетия в нашей стране начали открываться психоневрологические диспансеры и создаваться полустационарные формы помощи, что имело огромное реабилитационное значение.

В 50-60-х годах широкое развитие получили психиатрические кабинеты в поликлиниках, центральных районных больницах и иных учреждениях общемедицинской сети, на промышленных предприятиях, в учебных заведениях, дневные и ночные полустационары, а также другие формы помощи, направленные на удовлетворение потребностей психически больных.

В зарубежных странах (Великобритания, Япония, Канада и др.) в этот период начали активно создаваться организации потребителей помощи и группы поддержки.

Развитие внебольничной психиатрии предусматривает также активное выявление лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, для раннего начала лечения и борьбы с последствиями в виде инвалидности, социальной недостаточности.

4. Появление центров психосоциальной реабилитации. Начало их открытия приходится на 80-е годы XX века. Первые центры (клубы) были созданы самими пациентами (например, Клубный дом в США), и их деятельность направлена на то, чтобы помогать пациентам справляться с проблемами повседневной жизни, развивать способность к деятельности даже при наличии инвалидности. Поэтому вначале в таких центрах делался акцент на мероприятия, которые помогали бы больным справляться с жизненными трудностями, не поддаваться им, а также на укрепление здоровья, а не на избавление от симптомов психического заболевания. Центры психосоциальной реабилитации сыграли огромную роль в развитии такой области знаний, как реабилитация инвалидов вследствие психических заболеваний. В настоящее время эта форма помощи широко используется в США, Швеции, Канаде, количество реабилитационных программ в них значительно колеблется (от 18 до 148).

В России подобные центры (учреждения) начали создаваться с середины 90-х годов XX века, однако пока их явно недостаточно. Как правило, это неправительственные учреждения. Примером может служить Клубный дом в Москве, просуще-

ствовавший до 2001 г. В настоящее время действующие в нашей стране реабилитационные центры специализируются на конкретном направлении – арттерапия, тренинговая терапия, религиозные поселения и т.д.

5. Выработка навыков, необходимых для преодоления жизненных трудностей. Появление этого направления обусловлено тем, что для эффективного решения возникающих проблем людям, страдающим серьезными психическими расстройствами, необходимы определенные знания, умения, навыки. В основе развития навыков и умений лежат методы, разработанные с учетом принципов социального научения. При этом используются методы активно-директивного научения – бихевиоральные упражнения и ролевые игры, последовательное формирование элементов поведения, наставничество, подсказывания, а также осуществляется обобщение приобретенных навыков. Доказано, что выработка навыков и умений развивает у людей с тяжелыми психическими расстройствами способности к независимой жизни.

Накопление научных данных о реабилитации психически больных детей и подростков и практического опыта работы с ними способствовало тому, что в настоящее время в нашей стране наряду с комплексным лечением, включающим медикаментозную и трудовую терапию, физиотерапию, культурно-просветительные и досуговые мероприятия, в рамках психосоциальной реабилитации получили развитие следующие виды психосоциальных вмешательств:

1. образовательные программы по психиатрии для пациентов; образовательные программы по психиатрии для родственников больных; тренинги по выработке навыков ежедневной независимой жизни: обучение приготовлению пищи, посещению магазинов, составлению семейного бюджета, ведению домашнего хозяйства, пользованию транспортом и др.;

2. тренинги по развитию социальных навыков – социально приемлемого и уверенного поведения, общения, решения повседневных проблем

и т.п.; тренинги по развитию навыков управления психическим состоянием; группы само- и взаимопомощи пациентов и их родственников, общественные организации потребителей психиатрической помощи; когнитивно-поведенческая терапия, направленная на улучшение памяти, внимания, речи, поведения; семейная терапия, другие виды индивидуальной и групповой психотерапии.

Комплексные программы психосоциальной реабилитации проводятся во многих региональных психиатрических службах, как на базе психиатрических учреждений, так и непосредственно в сообществе.

В Тамбовской областной психиатрической больнице отдел психосоциальной реабилитации проводит следующие программы: арттерапевтические, досуговые, терапию праздниками, в том числе личными (дни рождения больных и др.). При больнице открыт «Дом с поддержкой», где пациенты, длительное время находящиеся на госпитализации, после выписки из нее получают навыки независимой жизни и только после этого возвращаются домой. В сообществе при участии профессионалов открыт театр «Мы», в котором играют пациенты, их родственники, студенты театрального училища.

Важная реабилитационная работа проводится в «КПБ им. Н.Н. Солодникова» г. Омска. В Психиатрическом Диспансерном Отделении для детей и подростков и в отделениях №10 и №12 организованы тренинги по развитию социальных навыков и навыков личной гигиены. Применяется терапия тренингами, пациенты участвуют в подготовке к праздникам. Также созданы бригады межведомственного взаимодействия, в состав которых входят сотрудники медицинских, образовательных, профессиональных учреждений, органов по трудоустройству и учреждений социальной защиты, что позволяет комплексно решать проблемы психически больных, обеспечивает многосторонний подход к их реабилитации.

Литература

1. Александрова Н.В. Компетентность педагогов в области проблем детского психического здоровья как условие успешного учебно-воспитательного процесса // Наука о человеке: гуманитарные исследования 2018. №1 (31) URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompetentnost-pedagogov-v-oblasti-problem-detskogo-psihicheskogo-zdorovya-kak-uslovie-uspeshnogo-uchebno-vospitatelnogo-protssessa> (дата обращения: 05.12.2018).
2. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, №3. – С. 5-13.
3. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psyhosotsialnaya-reabilitatsiya-detey-i-podrostkov-s-psihicheskimi-rasstroystvami-v-sovremennih-usloviyah> (дата обращения: 03.12.18).
4. Организационные и методические аспекты проекта «Пациент и его семья: от психиатрического просвещения к социальной интеграции». Пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья. / Под редакцией проф. В.С. Ястребова. – М.: МАКС Пресс, 2008. – 126 с.
5. Семья и психическое здоровье: Т.А. Солохина – психосоциальная реабилитация [Электронный ресурс] – Режим доступа: familymh.ru/lectio_f12.ru (дата обращения: 01.12.18).

Клиническая психология

УДК 616.89

СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЮДЕЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА РОДСТВЕННИКАМИ, БОЛЬНЫМИ ДЕМЕНЦИЕЙ

М. В. Альшанская¹, А. С. Макушина¹, Н. В. Александрова^{2,3}, В. В. Лемиш²

¹ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского»

³ Частное учреждение образовательная организация высшего образования "Омская гуманитарная академия"

natalie_v_al@inbox.ru

Аннотация. В статье приводится исследование социальных и психологических проблемы людей, осуществляющих уход за родственниками, больными деменцией. Приводятся результаты анкетного опроса. Результаты исследования показали, что у большинства опрошенных значительно ухудшается качество жизни за счет значительного изменения ее уклада. Возникают материальные проблемы, психологические затруднения, иногда - соматовегетативные нарушения. Это обосновывает актуальность разработки мероприятий по социальной поддержке родственников, которые ухаживают за пожилыми пациентами с деменцией.

Ключевые слова. Люди, осуществляющие уход за родственниками, больными деменцией, социальные и психологические проблемы родственников пациентов с деменцией, качество жизни родственников пациентов с деменцией, экзистенциальный кризис родственников пациентов с деменцией.

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF PEOPLE CARRYING ON RELATIVES WITH PATIENTS WITH DEMENIA

M.V. Alshanskaya, A.S. Makushina, N.V. Aleksandrova, V.V. Lemish

Abstract. The study of social and psychological problems of people caring for relatives with dementia is shown in the article. The results of the questionnaire are given. The results of the study showed that the majority of responders significantly deteriorates the quality of life due to a noticeable change in its way of life. There are pecuniary problems, psychological difficulties and somato-vegetative disorders as well. This proves the relevance of the development of measures for the social support of relatives who care for elderly patients with dementia.

Keyword. People caring for relatives with dementia; social and psychological problems of relatives of patients with dementia; quality of life of relatives of patients with dementia; existential crisis of relatives of patients with dementia.

По данным ВОЗ распространенность болезни Альцгеймера с каждым годом растет и молодеет. Если раньше заболевание в среднем встречалось у людей в возрасте от 60 лет, то на сегодняшний день оно проявляется, начиная с 50 лет. Сегодня более 35 миллионов человек во всем мире страдают от деменции, однако, по мнению ученых, их число будет удваиваться каждые 20 лет, достигнув 65,7 миллиона в 2030 и 115,4 миллиона в 2050. В ближайшие 20 лет рост составит 40% в Европе, 63% – в Северной Америке, 77% – в Южной Америке и 89% – в развитых странах Юго-Восточной Азии. На Ближнем Востоке и в северной Африке рост составит 125% [4;5]. В Российской Федерации насчитывается около 1,5 млн. больных, живущих с деменцией. С увеличением среди населения людей пожилого возраста, будет расти количество возраст-зависимых заболеваний в общей структуре заболеваемости [2].

Вместе с тем, деменция часто диагностируется на поздних стадиях, что во многом связано с низкой осведомленностью населения о данной

патологии и, как следствие, поздним обращением родственников к врачу-психиатру [1].

Медико-социальные, экономические и эмоциональные проблемы, связанные с деменцией, самым тяжелым бременем ложатся на родственников пациентов [3]. Факт психического заболевания, в особенности такого тяжелого, которым является деменция, кардинально меняет качество жизни семьи больного. Выявлено, что дистресс, возникающий у родственников, ухаживающих за больными с деменцией, в большинстве случаев связан с бременем ежедневного ухода за больным [4]. Ведь это требует каждодневной физической и психоэмоциональной нагрузки, финансовых затрат, отражается на социальной стороне жизни, а также тяготит психологически. Семья сталкивается с такими проблемами как прогрессирующее снижение памяти больного, потеря у него ориентации во времени и пространстве, проблемами со сном, неадекватным поведением как в быту, так и в отношении родственников. Больной не в состоянии себя обслуживать и самостоятельно пе-

редвигаться, что требует постоянного и круглосуточного ухода. Деменция, как и любое другое тяжелое хроническое заболевание, является причиной наиболее серьезного семейного кризиса.

Известно, что серьезное психическое заболевание одного из членов семьи вносит ограничения в организацию быта, требует особого режима, изменения привычного жизненного уклада всех членов семьи, перераспределения обязанностей, пересмотра планов на будущее, а также заставляет отказаться от некоторых привычек. Формируется хроническое переживание неопределенности, беспомощности, страха [4]. Уход за собственными тяжелобольными родственниками – это не только трудная изматывающая жизненная ситуация, но и постоянное напоминание о возможности собственной смерти.

Когда миссия ухода за больным родственником ложится на неподготовленных людей, это может привести к эмоциональным и психосоматическим расстройствам. Нередко и к формированию экзистенциального кризиса: утрачивается возможность социальной самореализации, поскольку жизнь проходит мимо, поглощая время и силы уходом за больным человеком. Тяжесть нагрузки растет, достигая апогея ближе к концу жизни старого больного человека. В этот период велика потребность в психологической поддержке, а иногда и в психиатрической помощи уже самих родственников пациента.

Ситуация семейного ухода за больными, страдающими болезнью Альцгеймера, описана с помощью модели Л. Пиарлин [5]. Она включает в себя такие компоненты как: первичные и вторичные стрессоры, вторичное интрафизическое напряжение, результаты.

Первичные стрессоры связаны с теми усилиями родственников, которые направлены непосредственно на уход за больным человеком:

- помощь в передвижении;
- в водных процедурах;
- в приеме пищи;
- напоминание как одеваться, зачем;
- напоминание последовательности действий (например, как использовать столовые приборы);
- помощь в письме и чтении;
- так как снижается словарный запас, больной часто подбирает вместо необходимых - неверные слова, здесь тоже необходима помощь;
- поскольку больной часто сопротивляется уходу, то приходится уговаривать его что-то делать.

Вторичные стрессоры включают те изменения в жизни родственника, которые являются побочным результатом выполнения задач по уходу за больным:

- уменьшение жилой площади;
- большие финансовые затраты;
- обиды членов семьи друг на друга из-за недостатка внимания;

- обиды друг на друга из-за того, что кто-то из семьи не оказывает помощь и поддержку;
- отсутствие досуга и свободного времени у супругов;
- перестройка рабочего времени;
- неполучение удовлетворения от оказания помощи;
- конфликты с другими родственниками по поводу содержания и ухода.

Вторичное интрафизическое напряжение связано с самоуважением. Поскольку весь уход осуществляют только родственники, они довольно сильно погружаются в эту роль. А так как они не получают удовлетворения от того, что оказывают помощь, происходит разрушение Я-концепции, что приводит к ухудшению общего самочувствия помощников.

Результатом семейного ухода считается эффективность ухода и хорошее самочувствие как больного, так и ухаживающего за ним родственника. Вследствие того, что в семье происходят частые конфликты, постоянное напряжение, ухудшение взаимодействия, эффективного ухода больной не получает, и это отражается на его состоянии.

На все четыре фактора влияет наличие и использование ресурсов, которые могут быть психологическими (высокое самоуважение, стратегии совладания с ситуацией) и экономическими (высокий доход, финансовая помощь) [2].

Согласно исследованиям, существуют три вида семейных конфликтов в семьях, осуществляющих уход за больным родственником:

1. Конфликт до поставленного диагноза, из-за разногласий по обеспечению ухода (практически никто, из попадающих в такую ситуацию семей, не информирован о болезни Альцгеймера, не знает об ее этапах и проявлениях).
2. Конфликт по поводу того, кто и сколько обеспечивает помощь (многие родственники и понятия не имеют о социальной защите, которой они могут воспользоваться).
3. Конфликт по поводу лечения больного и оказания ему помощи (родственники не владеют информацией о необходимых медикаментах и их влиянии, а так же не знают, как правильно ухаживать за больным, что отражается непосредственно на нем).

Важная роль в семье отводится общению в единстве трех его составляющих: коммуникативной (обмен информацией), интерактивной (организация взаимодействия), перцептивной (восприятие партнерами друг друга). В семьях, имеющих родственника, страдающего деменцией, все эти составляющие деформируются. Со сменой привычного ритма жизни и быта, семьи испытывают напряжение, стрессы и, как правило, в них ухудшаются взаимодействие и взаимоотношения, а это, в свою очередь, напрямую отражается на состоянии больного. Таким образом, семья попадает в стрессовую ситуацию, так как меняется вся

ее жизнедеятельность и взаимоотношения.

Поскольку состояние родственников, осуществляющих уход за пожилыми пациентом, отражается и на больном, и на самом родственнике, представляет интерес характер проблем, с которыми они сталкиваются. Выявление социально-психологических проблем, возникающих у родственников больных с деменцией, будет обоснованием для разработки мер их социальной поддержки.

С этой целью нами было проведено исследование проблем родственников, осуществляющих уход за пациентами, страдающими деменцией. Больные находились на лечении в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи для лиц пожилого возраста на базе БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников». Исследование проводилось методом анкетирования.

Следует сказать, что нами были выяснены социально-демографические характеристики, отношение к болезни, характеристики качества жизни ухаживающих и их психологическое состояние. Выборку исследования составили 34 родственника больных (11 мужчин и 23 женщины), страдающих деменцией различного генеза. Дети пациентов составили 48% опрошенных, супруги – 42%, остальные родственники – 10%. Средний возраст в исследованной группе составил 60 ±5лет, когорта менее 55 лет (трудоспособные) составила 30%. Проживали вместе с пациентом 81% родственников.

Результаты анкетирования показали следующую структуру проблем. Большинство респондентов беспокоит возникший дефицит личного времени и изменение образа жизни (55% опрошенных): 14.7% пришлось оставить работу или учебу, у 22.5% появились материальные трудности. 18.6% опрошенных говорят о недостаточной информированности о психическом расстройстве и соматическом заболевании. Достоверных данных о проблемах стигматизации или негативного отношения к лечению в психиатрической больнице не получено, большинство

опрошенных (57%) считает, что главное в сложившейся ситуации – это получить необходимую помощь. И лишь 6% респондентов отметили, что заболевание близкого никак не отразилось на их образе жизни.

Страх и опасения за свое здоровье высказывают 11.7%, на усталость и снижение общего тонуса из-за появившихся забот указывают 20.5% опрошенных, у трети респондентов ухудшились сон, аппетит и настроение, 17.6% считают, что утратили важную часть своей жизни, и стали хуже себя чувствовать и выглядеть. Жизненный уклад после появления пожилого больного родственника существенно не изменился у 44% опрошенных. Все респонденты отметили, что стали меньше уделять внимания как самому себе, так и другим членам семьи. Страх и тревогу за свое здоровье и будущее отмечает 14.7% опрошенных. С критикой и без ажитации к заболеванию близкого относится 70% респондентов, что отражает достаточную информированность родственников и правильное понимание сложившейся ситуации.

Отвечая на вопросы о качестве жизни в целом, почти 40 % отмечают значительное снижение его уровня из-за необходимости ухода за родственником. 31.6% сообщают, что приходится жертвовать личным временем, отпуском, хобби. А 30% опрошенных отметили что, продолжают жить полной жизнью – в основном это родственники пациентов, страдающих заболеванием менее 1 года.

Таким образом, результаты исследования показали, что уход за родственником, страдающим деменцией у большинства опрошенных значительно ухудшает качество жизни за счет резкого изменения ее привычного уклада и утраты возможности планировать свое будущее. Это приводит как к материальным проблемам, так и к психологическим затруднениям, в ряде случаев трансформирующихся в соматовегетативные нарушения. Это обосновывает актуальность разработки мероприятий по социальной поддержке родственников, которые ухаживают за пожилыми пациентами с деменцией.

Литература

1. Голенков А.В., Полуэктов М.Г., Николаев Е.Л. Распознавание и осведомленность населения о стадиях болезни Альцгеймера // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114, № 11-2. С. 49-54.
2. Дмитриева Т.Б., Краснова В.Н., Незнанова Н.Г., Семке В.Я., Тиганов А.С. Психиатрия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 343-383.
3. Захаров В.В. Деменции в пожилом возрасте // Нервные болезни. - 2005. - №3 (40). - С. 12-17.
4. Сиденкова А.П. Деменции позднего возраста как актуальная психосоциальная проблема // Социальная и клиническая психиатрия. 2007.- № 4 (112). - С. 5-8.
5. Краснова О.В., Лидере А. Г. Социальная психология старения: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - С. 84-88.
6. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб: Питер, 2008. – 672с.
7. Коробейников Г. В. Взаимосвязь субъективного представления целостности и удовлетворенности жизнью с состоянием когнитивных функций у людей разного возраста // Психология зрелости и старения. — 2001. — №1(13). -С. 97- 111.
8. Панина Н. В. Роль семьи в проведении досуга пенсионеров и их социальной адаптации // Геронтология и гериатрия: Пожилой человек, медицинская и социальная помощь. — Киев, 1982. — С. 156-160.
7. Деменция: диагностика, лечение, помощь в уходе [Электронный ресурс]. — URL:// <http://memini.ru/> (дата обращения 21.09.2018).

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ. Лекция.**Д.В.Четвериков***Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

pontiac@list.ru

Аннотация. Одним из приоритетных видов профессиональной деятельности клинических психологов является участие в различных видах экспертизы (военной, трудовой, судебной). При этом проведение судебной экспертизы является наиболее значимым из них, поскольку именно при этой форме применения специальных профессиональных познаний психолог выступает как самостоятельный эксперт, обладающий процессуальными правами и обязанностями, в то время как в других видах экспертизы он оказывает консультативную помощь врачам-психиатрам. В клинической лекции рассматриваются основные аспекты деятельности клинического психолога в экспертной практике.

Ключевые слова. Клиническая психология, судебно-психологическая экспертиза.

CLINICAL PSYCHOLOGY IN EXPERT PRACTICE. Lecture.*D.V. Chetverikov*

Abstract. One of the priority types of professional activity of clinical psychologists is their participation in various types of expertise (military, labor, judicial). At the same time, forensic examination is the most significant of them, since it is in this form of applying special professional knowledge that the psychologist acts as an independent expert with procedural rights and duties, while in other types of expertise he provides counseling to psychiatrists. The clinical lectures cover the main aspects of the clinical psychologist's work in expert practice.

Keywords. Clinical psychology, forensic psychological examination.

Основным содержанием экспертного психологического заключения является не сама по себе оценка степени снижения тех или иных психических функций, а качественный структурный анализ изменений психической деятельности испытуемого, результаты которого и должны соотноситься с особенностями психологической структуры деятельности, по отношению к которой проводится экспертиза. Важно выявить не только актуальное состояние личности и различных психических процессов и психических состояний, но и прогнозировать возможность взрослого, юноши, ребенка на будущее с учетом компенсаторных или декомпенсирующих аспектов.

Особую важность приобретает соотнесение дефицитарных проявлений психической деятельности и сохранных ее сторон с требованиями врачебно-трудовой, военно-врачебной, медико-педагогической сфер деятельности, а не только констатация их наличия.

Участие клинического психолога во врачебно-трудовой экспертизе. Значение психологического аспекта врачебно-трудовой экспертизы постоянно возрастает.

1) в связи с увеличением числа лиц, проходящих этот вид экспертизы, из-за продолжающегося ухудшения социально-экономического положения и экологической обстановки в стране и,

2) в связи с пониманием этого вида экспертизы как одного из основных звеньев и этапов социально-трудовой реабилитации.

В современных лечебно-реабилитационных

программах определение профессиональных возможностей и рациональное обучение (переобучение) и трудоустройство больного приобретают существенную роль в его судьбе. Не случайно поэтому ряд авторов включают в психологическую трудовую экспертизу профориентацию, профконсультацию, профотбор, профподбор и трудоустройство инвалидов.

Поэтому, как теоретически, так и практически, психологическая трудовая экспертиза выходит за рамки клинической психологии, являясь разделом самостоятельной отрасли психологии — психологии труда. Но и это имеет свои обоснования: исторически психологическая трудовая экспертиза во всех своих формах проводится в единстве с врачебно-трудовой и военно-врачебной экспертизой.

Существует и другая тенденция — сузить понятие врачебно-трудовой экспертизы. Так, медицинскую профконсультацию не считают частью врачебно-трудовой экспертизы, хотя и признают ее большое значение и связь с психологией труда. Психические особенности в пределах так называемой нормы при врачебно-трудовой экспертизе не принимают во внимание; склонность к той или иной профессии, призвание к определенному виду труда, интеллектуальные способности, волевой и эмоциональный профиль человека — всему этому не придают или почти не придают роли при установлении трудоспособности. Едва ли с этим можно согласиться, учитывая роль трудоспособности в системе жизненных отношений личности и ее становлении.

При врачебно-трудо­вой экспертизе наиболее важным аспектом деятельности клинического психолога является получение объективных данных для функционального диагноза, составляющего основу экспертного заключения. Значение последнего трудно переоценить. От него зависит не только характер трудовой деятельности, но во многом и будущий жизненный путь больного, поскольку правильное определение профессиональных возможностей и рациональное трудоустройство (как и адекватно ориентированное профессиональное обучение) являются существенными факторами клинического и социального восстановления. Как и в других случаях функциональной диагностики, психолог в своем заключении обращает внимание не только на пораженные, но и на сохраненные функции с точки зрения возможностей компенсации дефекта в той или иной трудовой деятельности.

Психофизиологическая оценка характера предстоящей деятельности здесь также имеет большое значение. Важную роль играет оценка выносливости в труде, быстроты и характера утомляемости, лабильности волевого усилия. Особое место занимает изучение социально-трудовых установок больного, индивидуальных склонностей. Необходимо, с одной стороны, учет отношения больного к своему заболеванию, субъективная оценка им степени своих трудовых возможностей, с другой — отношения больного к известным ему профессиям, его личной социально-трудовой направленности и возможностей ее коррекции.

Взаимопроникновение различных отраслей знания и необходимость комплексного решения почти любого вопроса как медицинской, так и психологической трудовой экспертизы хорошо иллюстрируется на примере медико-психологической профориентации и профконсультации подростков. Они тесно связаны с педиатрией и школьной гигиеной. Для школьных врачей важнейшим является учет состояния здоровья школьников и изучение их способностей к труду. Для школьного психолога главной является система комплексной профконсультационной работы с подростками. Конечно, вопросы профконсультации не могут решаться без совместной работы с врачами и педагогами. Поскольку основными принципами врачебно-трудо­вой экспертизы, полностью относящимися и к медико-психологической экспертизе, являются профилактическая направленность и установка на социально-трудовую реабилитацию больных, деятельность клинического психолога, участвующего в проведении врачебно-трудо­вой экспертизы, обоснованно приобретают психогигиеническую и психопрофилактическую направленность.

Установки испытуемого. Ситуация врачебно-трудо­вой экспертизы в психологическом

плане значительно отличается от обычной лечебно-диагностической ситуации «врач — больной», обращают внимание на следующие ее особенности:

- 1) установку индивида, проходящего экспертизу;
- 2) установку самого эксперта;
- 3) особенности контакта в процессе экспертизы при вынесении экспертного заключения и даче трудовых рекомендаций.

Поскольку экспертиза трудоспособности, помимо медицинской, всегда имеет и психосоциальную направленность, то отношение к ней и установки не только свидетелеваемого, но и эксперта имеют также выраженный социальный характер.

Установки свидетелеваемого могут быть направлены не только на улучшение своего физического состояния, но и на повышение социально-психологического статуса (признание инвалидом войны или установление связи инвалидности с трудовым увечьем). Поэтому при выборе мер психотерапевтического воздействия врач-эксперт должен особенно подчеркнуть социально-психологические последствия установления группы инвалидности. Это может иметь важное значение на дальнейших этапах социально-трудовой реабилитации. Особую роль, как подчеркивают авторы, играет психотерапевтический подход и психологический контакт со свидетелеваемым при вынесении экспертного заключения и трудовых рекомендаций.

Признание (или непризнание) свидетелеваемого инвалидом влечет за собой комплекс психологических стрессовых факторов, которые могут приводить к состоянию фрустрации, потере перспективы, изменению самооценки и уровня притязаний личности.

Личностный анализ. Понимание экспертом возникающей перед свидетелеваемым совокупности социально-психологических проблем требует от врача тщательного анализа особенностей личности обследуемого, его мотивов, ценностей и идеалов, анализа всей совокупности медико-биологических (диагноз, форма, тип течения, прогноз заболевания) и социальных (образование, профессия, специальность, вид и условия труда) факторов. Только в этом случае объявление экспертного заключения носит действительно психотерапевтический характер и становится важной формой реабилитационного воздействия.

Лишь тщательный анализ ценностных ориентаций, отношений, мотивов поведения, личностных особенностей человека, проходящего экспертизу, позволяет вскрыть неосознаваемое, недостаточно осознаваемое (например, при «бегстве в болезнь» пациента с неврозом (F40-F48)) или вполне осознаваемое установочное поведение (агрессия, симуляция, диссимуля-

ция). Психолог должен помочь так провести экспертизу, чтобы, с одной стороны, соблюдались права, гарантированные больным и инвалидам со снижением трудоспособности Законодательством, но, вместе с тем, чтобы удовлетворение интересов больного не осуществлялось за счет общества.

Заключение психолога, участвующего в экспертизе трудоспособности, должно содержать данные о нарушенных и сохранных функциях, с точки зрения возможностей компенсации дефекта в той или иной степени в условиях выполнения прежней работы (с определенными профрекомендациями или при переобучении).

При расстройстве психических функций (например, памяти, внимания, в целом при снижении работоспособности) наиболее значимой на уровне профессиональной деятельности нередко оказывается сохранность личностно-мотивационной сферы испытуемого, облегчающая возможность известной компенсации.

В настоящее время возрастает роль психолога при проведении экспертизы трудоспособности лиц, направляемых для работы в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях (космос, глубины океана, Арктика и Антарктика и др.). Наряду с обычно учитываемыми в этих случаях психофизиологическими характеристиками, оценками выносливости в труде, быстроты и характера утомляемости, лабильности волевого усилия, современная экспериментальная психология располагает возможностями дополнить эти данные представлениями о стрессовой и фрустрационной толерантности обследуемого, используя специальные тесты и ситуацию естественного или моделируемого эксперимента. Конечно, важную роль играет учет отношения и установок испытуемого применительно к деятельности в указанных условиях.

Заключение патопсихолога в аспекте интерпретации экспериментальных данных — задача достаточно сложная. При трудовой, как и других видах экспертиз, у больных может проявиться так называемое установочное поведение. В связи с этим при интерпретации результатов особое внимание уделяется не столько продуктивности или непродуктивности больного при выполнении проб, сколько соотношению правильно и ошибочно выполненных заданий. Следует подчеркнуть неравномерность продуктивности в заданиях одного типа и одного уровня сложности, проанализировать случаи, когда заведомо более легкие задания решались менее успешно. С особой тщательностью необходимо обобщить все данные, касающиеся мотивации испытуемых, смыслообразования, оценок и самооценок. Учитывая значимость результатов патопсихологического исследования для решения дальнейшей судьбы больного, па-

топсихолог должен быть чрезвычайно осторожен и объективен, подкрепляя все свои выводы надежными экспериментальными фактами.

Военно-врачебная экспертиза. Роль военно-врачебной экспертизы в целом и участия в ее проведении клинического психолога в современных условиях значительно возрастает. Многосторонний кризис веры, изменение общественного сознания значительной части населения, перемена отношения к армии в связи с распространением «неуставных» отношений — привели к резкому увеличению числа лиц, пытающихся уклониться от военной службы. Ухудшение здоровья населения является причиной существенного уменьшения числа потенциальных призывников, которые, пройдя военно-врачебную комиссию, могут быть направлены для несения военной службы (без опасения возврата по состоянию здоровья). Поэтому необходимо качественное проведение военно-врачебной экспертизы, что практически невозможно без участия психолога.

Круг задач, решаемых клиническим психологом при военно-врачебной экспертизе, в основном соответствует тому при обычной психиатрической диагностике. Результаты психологического исследования используются для установления или, напротив, исключения прежде всего психических заболеваний, наличие которых несовместимо с военной службой. Часто это дифференциальная диагностика между нераспознанными до экспертизы олигофренией (F70-F79) и внешне сходными состояниями, обусловленными неблагоприятными прижизненными влияниями: низким культурным уровнем семьи, в которой воспитывался освидетельствуемый, педагогической запущенностью и др. Трудными в экспертном плане могут быть случаи несвоевременной диагностики психопатий и патологических развитий личности (F60-F69), современных невротических и психопатоподобных форм шизофрении (F21) и ларвированных форм других нервно-психических заболеваний.

Военно-врачебная экспертиза, как правило, производится в условиях психиатрического учреждения, и работа клинического психолога существенно не отличается в этих случаях от той, которая выполняется им обычно в процессе психиатрической диагностики. Два обстоятельства придают своеобразие психологическому исследованию при проведении этого вида экспертизы. Одно из них связано с нередкой заинтересованностью испытуемого в содержании экспертного решения и возможностью установочного поведения с тенденцией к аггравации или диссимуляции. При этом оказывается необходимым выявление структуры, характера и степени действительных нарушений, маскируемых притворным поведением. С другой стороны, сама экспертная ситуация, как и предшествовавшие ей события жизни, неиз-

бежно вызывают особое эмоциональное состояние, требующее учета при проведении исследования и интерпретации его результатов. Последнее обстоятельство вызывает необходимость соотнесения обнаруживаемых особенностей психики с характером содеянного (если оно относится к периоду прохождения военной службы), с особенностями психологической структуры той деятельности (действия), в отношении которой проводится экспертиза. Здесь требуется экспериментально-психологический анализ различных сторон психической деятельности, которые могут не играть диагностической роли и не иметь никакого значения для терапевтических решений, а клинико-психологический метод может быть недостаточно адекватным инструментом исследования.

Медико-педагогическая экспертиза. Участие клинического психолога в проведении медико-педагогической экспертизы тесно связано с кругом вопросов, решаемых им в детских и подростковых учреждениях психиатрического профиля. Как и при проведении других видов экспертизы, большое значение имеет дифференциальная диагностика. Однако наиболее существенной задачей является определение психического развития и его аномалий, степени и структуры различных видов дизонтогенеза. Важность этой работы клинического психолога определяется тем, что в зависимости от его заключения определенным образом строится прогноз обучаемости ребенка, а следовательно, выбор путей общеобразовательного и трудового обучения.

Клинический психолог при проведении медико-педагогической экспертизы рассматривает следующие вопросы: причины неуспеваемости ребенка (отставание психического развития (F84.9) — олигофрения (F70-F79), астенизация вследствие перенесенных соматических заболеваний, своевременно нераспознанные процессуальные психические заболевания, педагогическая запущенность и т. д.). Важнейшим является вопрос о степени и структуре психического снижения при выявлении дизонтогенеза, ответ на который позволяет указать на потенциальные возможности ребенка, соответствие этих возможностей требованиям массовой школы или целесообразности направления его в санаторную, вспомогательную школу, специализированное училище.

В проведении медико-педагогической экспертизы клинический психолог руководствуется рядом критериев, ведущими из которых являются: 1) способность к научению, осмыслению и усвоению новых знаний и навыков, решению задач и формированию понятий; 2) условия развития ребенка, микросоциальная среда, в которой он воспитывался и особенности его поведения в различных социальных ситуациях; 3) уровень знаний и навыков соответст-

венно возрастному уровню развития, который должен оцениваться и интерпретироваться под углом зрения двух первых — качественного и социально-биографического критериев.

Для диагностики интеллектуальной недостаточности у детей могут применяться нестандартизированные и стандартизированные методики, в том числе набор интеллектуальных приемов Векслера для детей.

Клиническому психологу принадлежит большая роль в обследовании так называемых трудных детей. Психолог участвует в решении комплекса задач. Прежде всего — это определение причин эмоционально-поведенческих нарушений у детей и подростков (педагогическая запущенность (F84.9), акцентуации характера, психопатии (F60-F69), нервно-органические и психические заболевания, несвоевременно распознанные). Диагностика типов психопатии и акцентуаций характера может осуществляться с помощью «Патохарактерологического диагностического опросника для подростков» (Личко).

При проведении медико-педагогической экспертизы психологическое заключение содействует патогенетической и дифференциальной диагностике задержек умственного развития (F84.9) и эмоционально-поведенческих расстройств (F92), а также определению направленности лечебно-реабилитационных мероприятий, их соотношения с собственно педагогическими мерами. Общей задачей при этом является не только восстановление или улучшение отдельных психических функций, но и коррекция нарушенного развития ребенка или подростка в целом.

Роль клинического психолога при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Задачами экспериментально-психологического исследования при проведении судебно-психиатрической экспертизы являются дифференциальная диагностика, установление степени (глубины) снижения психики с учетом возможного установочного поведения испытуемого. В последнем случае может возникнуть задача дифференциации симуляции и аггравации от псевдодеменции (F68.1) и истинного слабоумия (F70-F79), истинной некритичности от симулятивного и диссимулятивного поведения. Для диагностики установочного поведения предлагались различные приемы и условия проведения экспериментально-психологического исследования. Целесообразно применять комплекс методик, позволяющих обнаружить «неравномерность уровня достижений» с использованием параллельных по направленности методик. Блейхер указывает, что желательно пользоваться большим числом методик, располагаемых не по степени нарастания трудности заданий, и рекомендует проводить исследования повторно с интервалом в несколько дней.

Особое значение имеет деятельность психолога при проведении **судебно-психологической экспертизы**, в которой он выступает в самостоятельной роли эксперта (комплексная психолого-психиатрическая экспертиза). Сама возможность такой роли психолога в экспертизе предполагается содержанием так называемой формулы невеняемости, одного из важнейших положений, лежащих в основе судебной психиатрии. Формула невеняемости включает два критерия — медицинский (биологический) и юридический (психологический). Содержание психологического критерия формулируется как способность испытуемого «понимать значение своих действий и ими руководить». Фелинская замечает, что в судебно-психиатрической экспертизе, особенно в случаях наиболее трудных пограничных состояний, правомерно и необходимо сочетание психопатологического и психологического анализа, учитывающего проявления психологической нормы. Для дифференциального диагноза следует найти границу между нормой, управляемой психологическими законами, и патологией, движимой психопатологическими закономерностями. Это требует знания всей истории формирования личности испытуемого, системы его жизненных отношений, ценностей, а также способа реагирования в ситуациях нервно-психического напряжения.

Особенностью комплексной психолого-психиатрической экспертизы является и то, что психолог-эксперт нередко должен отнести результаты проводимого исследования к прошлому периоду, достаточно отдаленному от времени исследования. В таких случаях психолог предоставляет данные о том, как психологические особенности испытуемого могли влиять на мотивы, понимание своих действий при совершении правонарушения, на поведение в той конкретной ситуации.

В комплексной психолого-психиатрической экспертизе психолог тесно сотрудничает с психиатром и каждый из них решает в соответствии со своей компетенцией вопросы, ставящиеся судом и следствием. Подобная комплексная экспертиза проводится при освидетельствовании несовершеннолетних, установлении возрастного ценза подростков в случае отставания психического развития от физического; отграничении психологических реакций от психогенных психотических, физиологического аффекта от патологического; в геронтологической практике, например, при составлении завещания, когда возникает вопрос о психическом состоянии инвалида и его дееспособности. В случаях комплексной экспертизы психолог, разумеется, имеет равные права и несет те же обязанности, что и другие эксперты.

Судебно-психологическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых. Резкий рост под-

ростковой преступности отмечают многие исследователи. Растет число общественно опасных деяний, совершенных детьми, не достигшими возраста уголовной ответственности; доля несовершеннолетних среди преступников увеличилась с обычных 8-12 % до 16-18 %, а по данным органов прокуратуры около 50 % из них страдают психическими аномалиями разного рода. В связи с этим структуры, кроме усиления прокурорского надзора предлагают создать психодиагностические центры для несовершеннолетних.

Психологическая экспертиза имеет для подростков особое значение, так как только 4,4 % несовершеннолетних, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, обнаруживают психотические расстройства, 44 % имеют непсихотические расстройства психики, 51,6 % страдают олигофренией (F70-F79) разной глубины, а девиантное поведение (F91) остальных протекает в рамках психического здоровья.

Для части подростков с асоциальным и антисоциальным поведением характерны психические аномалии, не достигающие степени выраженной психопатологии. Такими отклонениями занимаются клинические психологи.

Проблемы, решаемые в СПЭ несовершеннолетних:

1) уровень интеллектуального развития (соответствует ли развитие познавательных процессов абсолютной норме, пограничной умственной отсталости (F84.9) или олигофрении);

2) уровень развития эмоционально-волевой сферы (чаще всего рассматривается проблема психического инфантилизма с психологической точки зрения и возраста достижения уголовной ответственности в юридическом плане);

3) индивидуально-типологические особенности личности, где имеются в виду юридически значимые характерологические свойства (склонность к фантазированию, повышенная внушаемость, лидерские тенденции, агрессивность) и чисто социальные качества личности (общесоциальная ориентация, знание социальных норм, границ допустимого и недопустимого, способность применения этих знаний в реальном поведении, устойчивость функционирования этих норм у данного индивида и их проявление в ситуации ООД);

4) судебно-психологическая экспертиза лиц с сенсорными дефектами — с нарушениями речи, слабослышащих, слабослышащих.

По содержанию этих проблем понятно, что при анализе психической деятельности несовершеннолетних желательно проводить комплексную судебно-психологическую экспертизу, в которой представлены специалисты разного профиля: судебно-медицинский эксперт, психолог и педагог (это может быть педагогический психолог, детский психолог или подростковый

психолог в зависимости от конкретной задачи). Возможно участие судебно-медицинского эксперта-психолога и дефектолога соответствующего профиля. При выявлении в анамнезе подростка психотических эпизодов, тяжелых черепно-мозговых травм, многократных госпитализаций в психиатрическую больницу следует назначать комплексную психолого-психиатрическую экспертизу.

УК РФ предусматривает расширение проведения судебно-психологических экспертиз несовершеннолетних (практически во всех случаях). Введено понятие «ограниченной вменяемости», для квалификации которого требуется участие эксперта-психолога. Резко увеличено количество статей, учитывающих психологические параметры участников судебного процесса (беспомощное состояние, психологическая зависимость, моральное принуждение, мотивы, особенности личности).

Основываясь на опыте практической работы и проведения экспертиз разного типа, предлагают ориентировочные нормативы для работы эксперта-психолога в разных экспертных учреждениях. Компетенцию специалиста следует оценивать по характеру базового образования. Для эксперта-психолога это должен быть диплом высшего учебного заведения по специальности «психолог» или «практический психолог», стаж практической работы в психиатрическом стационаре не менее 5 лет, повышение квалификации в соответствующих учреждениях.

По форме проведения очная экспертиза может быть стационарной и амбулаторной. На амбулаторной экспертизе возможности проведения полного психологического обследования крайне ограничены, реально проводится клинико-психологическое и неполное патопсихологическое обследование. При хорошо подготовленном для экспертизы уголовном деле с четко очерченным клинически психологическим портретом испытуемого и небольшим объемом дела возможно получение достоверного заключения, которое будет подтверждаться даже в случае дополнительной экспертизы в стационаре. При стационарной экспертизе нет выраженных временных ограничений. При амбулаторной экспертизе есть возможность полного психологического обследования подэкспертного, привлечения дополнительных специалистов (психиатр, невропатолог, электрофизиолог, дефектолог, сексопатолог, педагог, терапевт при решении вопроса о влиянии соматических заболеваний на психическое состояние).

Виды комплексных экспертиз зависят от профиля привлекаемых специалистов в соответствии с конкретными задачами. В настоящее время наиболее распространена комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. Могут

быть комплексные психолого-дефектологические, психолого-педагогические, психолого-сексологические экспертизы, а также комплексные психологические экспертизы с привлечением психологов разного профиля.

Для судебно-медицинского эксперта-психолога необходимы знания в следующих областях наук: общая психология, клиническая психология, все виды возрастной психологии, где особенно важными являются детская и подростковая, социальная психология с акцентом на психологии малых групп, психиатрия (общая и частная психопатология), основы юриспруденции. Таким образом, эксперт-психолог должен обладать навыком работы в психиатрическом отделении общего профиля, в подростковом отделении, желательны наличие детской психиатрической практики.

Этапы судебно-психологической экспертизы после получения постановления:

1. Первичная клинико-психологическая беседа с подэкспертным.

2. Изучение материалов уголовного дела.

3. Проведение базового патопсихологического обследования подэкспертного.

4. Прицельное тестирование подэкспертного в зависимости от результатов патопсихологического обследования:

— при наличии органической нейродинамики и указаниях на очаговую неврологическую симптоматику может потребоваться полное нейропсихологическое обследование;

— при наличии признаков дефектного интеллекта проводят полное психометрическое интеллектуальное исследование;

— при отсутствии значительного снижения интеллекта используют стандартизованные личностные методики, а в отдельных случаях и проективные;

— при выявлении специфических нарушений мышления могут быть дополнительно применены личностные методики и в дальнейшем подэкспертный подвергается психиатрической экспертизе.

5. Составление заключения эксперта-психолога по собранному материалу. В случае единоличного проведения судебно-психологической экспертизы в заключительной части акта дают ответы на все поставленные вопросы.

В случае стационарной или комиссионной амбулаторной экспертизы предварительное заключение докладывается на комиссии экспертов, которая принимает окончательное решение. После этого составляется комиссионный акт, в заключительной части которого следуют ответы на все поставленные вопросы.

Как и в других областях медицины и здравоохранения, отмечается возрастающая интеграция клинических психологов в экспертную практику.

Сестринское дело в психиатрии

УДК 616.89

ПОВТОРНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ОСТЕОПОРОЗОМ: ОЦЕНКА РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА

Ю.Г. Майорова

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

wzygs@mail.ru

Аннотация. Травматизм среди пациентов геронтопсихиатрического профиля представляет собой серьезную медико-социальную проблему. В представленной статье автор приводит подробный анализ причин переломов у пациентов позднего возраста в условиях психиатрического стационара позднего возраста. На его основании оценены факторы риска, а также разработаны основные направления профилактики данной патологии. Работа с пожилыми пациентами с высоким риском травматизма и получения повторных переломов базируется на трех принципах: диагностика и лечение остеопороза, своевременное лечение переломов, профилактика повторных переломов. Значительную роль в системе профилактики падений и повторных переломов у пожилых пациентов играет сестринский персонал психиатрического стационара.

Ключевые слова. Психогеронтологические пациенты, остеопороз, повторные переломы, сестринская практика в психиатрии и травматологии.

REPEATED FRACTURES IN GERIATRIC PATIENTS OF THE PSYCHIATRIC SERVICE WITH OSTEOPOROSIS: RISK ASSESSMENT AND PREVENTION

Yu. G. Mayorova

Abstract. The injury among aging patients is a serious medical and social problem. In the article, the detailed analysis of the causes of fractures in patients of late age in the conditions of a psychiatric hospital of late age is provided by the author. On its basis, risk factors were assessed, and the main directions for the prevention of this pathology were developed. The work with elderly patients with a high risk of injury and recurring fractures is based on three principles: diagnosis and treatment of osteoporosis, timely treatment of fractures, prevention of recurrent fractures. A significant role in the system of prevention of falls and recurrent fractures in elderly patients is played by the nursing staff of the psychiatric hospital.

Keywords. Psychogeriatric patients, osteoporosis, recurrent fractures, nursing practice in psychiatry and traumatology.

Ежегодно случаи травматизма вследствие падений отмечаются у 30 % лиц старше 65 лет, а среди лиц старше 75 лет этот показатель еще выше. От 20% до 30% упавших пациентов получают травмы, последствия которых драматичны: уменьшение или утрата самостоятельности, способности передвигаться, что, в свою очередь, способствует декомпенсации имеющихся хронических заболеваний и повышает риск преждевременной смерти [1].

Травматизм пациентов, особенно пожилого и старческого возраста, в условиях стационара заслуживает пристального внимания. Учитывая факт старения населения, можно с уверенностью утверждать, что в недалеком будущем в возрастной структуре пациентов будут преобладать лица пожилого возраста. Поэтому вероятности травматизма в данной возрастной группе пациентов в лечебном учреждении психиатрического профиля следует уделить особое внимание.

Согласно статистике, падения пациентов в лечебных учреждениях во всем мире составляют 1,9-3% случаев экстренных госпитализаций [2]. Частота случаев падений среди пожилых людей,

находящихся в специализированных учреждениях намного выше, чем среди людей, проживающих в домашних условиях. Риску получения травмы подвержены многие пациенты, получающие лечение в психиатрической больницы, но наиболее уязвимыми являются люди старшей возрастной группы, особенно с когнитивными нарушениями, так как на тип, тяжесть и исход травмы в первую очередь влияет пол, возраст человека и состояние его здоровья.

Среди больных старше 65 лет смертность в результате внутрибольничных падений достигает 33,2%, в первую очередь за счет переломов шейки бедра и черепно-мозговых травм [2]. Переломы шейки бедра составляют приблизительно 25% всех переломов и в 95% случаев происходят в результате падения. Также часто в пожилом возрасте наблюдаются переломы в области запястья, позвоночника, плечевой кости, таза [1].

Подробный анализ случаев падений пациентов во многих лечебных учреждениях показывает, что у одной трети пациентов их можно было предотвратить. Внедрение успешной программы профилактики падений позволяет больнице со-

кратить длительность госпитализации пациента, сократить расходы, повысить качество медицинской помощи. Среди всех медицинских работников медсестра является ключевым звеном для обеспечения безопасности пациентов высокого риска падений. В первую очередь медицинская сестра должна уметь правильно оценить риск падения у геронтопациентов.

Факторы риска падения можно разделить на 3 категории: внутренние, внешние и степень подверженности риску. Следует, однако, иметь в виду, что падения часто обусловлены динамическим взаимодействием рисков всех категорий [1].

1. Внутренние факторы.

- Случаи падения в анамнезе ассоциируются с повышенным риском.
- Возраст. Частота падений увеличивается с возрастом.
- Пол. В менее преклонном возрасте частота падений среди мужчин и женщин одинакова, однако среди весьма престарелых людей женщины падают чаще, чем мужчины и у них намного выше вероятность возникновения переломов [1].
- Применение лекарственных препаратов, которые увеличивают риск падений. Прием бензодиазепинов в пожилом возрасте ассоциирован с повышением риска перелома шейки бедра и падений с постели во время сна на 44%. Риск падений значительно возрастает при приеме снотворных, седативных, транквилизаторов, антидепрессантов, антипсихотических препаратов; слабительных, диуретиков, антиаритмических класса 1а, блокаторов кальциевых каналов и др. Значительное повышение риска падений при одновременном назначении более четырех различных препаратов вне зависимости от их типа было продемонстрировано всеми относящимися к данному вопросу исследованиями. Параллельное применение четырех или более препаратов ассоциируется также с девятикратным повышением риска нарушений когнитивных функций и развитием страха падения [1].
- Нарушение здоровья: сердечно-сосудистые расстройства, хронические обструктивные заболевания легких, опорно-двигательного аппарата, депрессия – каждое из этих состояний связано с повышением риска переломов на 32%. Распространенность случаев падений растет по мере увеличения бремени хронических заболеваний [1]. Ведущую роль играет остеопороз. Все сенильные переломы или «низкоэнергетические» происходят на фоне остеопороза. Большинство выявленных с остеопорозом пациентов – женщины 60-70 лет. Более трети всех женщин однократно в течение жизни переносят костный перелом, обусловленный остеопорозом. В мужской популяции остеопороз

также диагностируется, но в меньшей степени, лишь по причине того, что продолжительность жизни мужчин меньше на 10-11 лет.

- Нарушения двигательных функций, походки.
- Малоподвижный образ жизни. Люди с пониженным уровнем активности падают чаще, чем проявляющие умеренную или высокую активность в безопасных условиях.
- Психологическое состояние – боязнь упасть. Снижение физической и функциональной активности ассоциируется с тревогой и страхом падения.
- Нарушение питания: низкий индекс массы тела, недостаточность витамина D, кальция у пожилых может вызывать нарушения походки, мышечную слабость, остеопению и остеопороз [1].
- Когнитивные нарушения четко ассоциируются с повышением риска, даже при относительно незначительной их выраженности (не достигающей уровня глубокой деменции). В домах престарелых лица с диагностированной деменцией падают в два раза чаще по сравнению теми, у кого когнитивные функции не нарушены [1].
- Нарушения зрения.
- Патология стопы.

2. Внешние факторы.

- Дефекты окружающей среды (плохое освещение, скользкие и неровные полы, наличие порогов, отсутствие поручней и т. п.).
 - Характер обуви и одежды.
 - Неподходящие вспомогательные средства и приспособления для ходьбы.
- Степень подверженности риску. В некоторых работах выявлена U-образная зависимость, то есть наиболее и наименее активные люди подвержены максимальному риску падений. Это свидетельствует о сложном характере связей между падениями, уровнем активности и риском [1].

В целях изучения проблемы травматизма пациентов старшей возрастной группы, в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» был проведен анализ травм за 2016-2018 гг. В поле анализа были включены девятнадцать стационарных структурных подразделений с круглосуточным пребыванием пациентов, из них три психиатрических отделения специализирующихся на лечении геронтопациентов. Необходимым условием выполнения настоящей работы стал возраст пациентов, для мужчин – 65 лет и старше, для женщины 55 лет и старше. Для удобства сбора и статистической обработки информации был разработан регистр пациентов (таблица 1).

Таблица 1

Регистр геронтологических пациентов, получивших переломы в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»

№	ФИО пациента	Пол	Возраст М > 65л Ж > 55л	Подразделение	Характеристика травмы			
					Характер	Механизм	Причина	Исход

Основным источником получения данных по травматизму пациентов стали приказы главного врача БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» о назначении комиссии для выяснения всех обстоятельств получения пациентами травм в структурных подразделениях КПБ, а также информация, касающаяся исхода травм для пациентов, предоставленная персоналом отделений. В структуре травматизма аналитический интерес

представляли переломы, как наиболее серьезные травмы по своим последствиям для здоровья и жизни пожилых пациентов.

Результаты анализа

Количество травм, полученных пациентами всех возрастов, в период пребывания в психиатрическом стационаре представлены на рисунке 1. В среднем каждый месяц случаются две травмы.

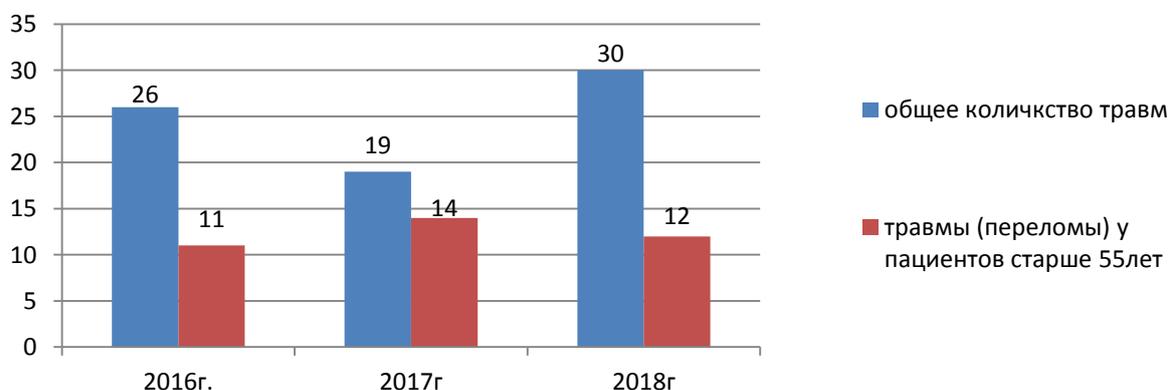


Рисунок 1. Динамика травматизма в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» за 2016-2018 гг.

В общей структуре травматизма на долю пациентов старшей возрастной группы приходится 40-74% всех травм с переломом. При этом коли-

чество женщин стабильно преобладает по трем годам и составило 89% (рис.2).



Рис. 2. Распределение травм (переломов) по полу за 2016-2018 гг., абс. / отн.

Большинство переломов зафиксировано у геронтологических пациентов в возрасте 76-85 лет – 14 случаев; в возрасте 55-65 лет – 11случаев. В

возрастной категории старше 87 лет присутствуют только женщины, так как мужчины не доживают до преклонного возраста (рис.3).

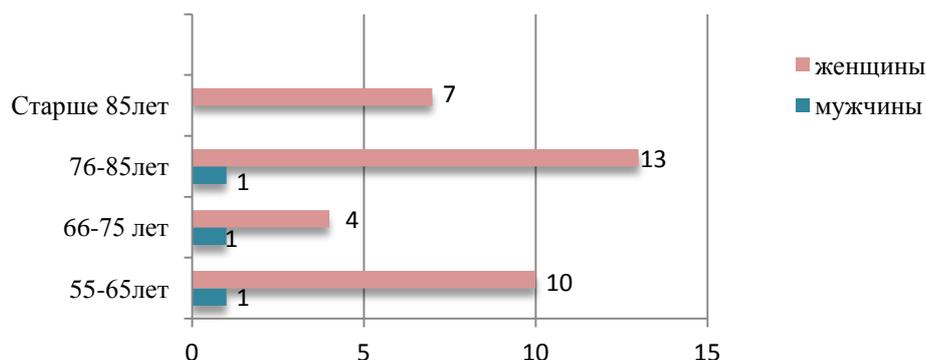


Рис. 3. Распределение пожилых пациентов с травмой (переломом) по возрастным группам

В структуре травм среди лиц пожилого и старческого возраста преобладают переломы бедра 51% (в том числе перелом шейки бедра), на втором месте повреждения костей верхних конечностей- 30%. Среди зарегистрированных пациентов имеется одна пожилая женщина, которая в течение

года перенесла два перелома. В этом случае имеет место эффект «Домино» - если есть один перелом, то будут и последующие. Такие повторные переломы случаются на фоне выраженного остеопороза. Подробная структура по переломам представлена в таблице 2.

Таблица 2

Структура травм геронтологических пациентов

№	Тип перелома	Количество случаев	
		Абс.	Отн.
1	Перелом бедренной кости	7	19%
2	Перелом шейки бедренной кости	12	32,3%
3	Перелом костей голени	1	2,7%
4	Перелом плюсневой кости	1	2,7%
5	Перелом костей таза	1	2,7%
6	Перелом ключицы	1	2,7%
7	Перелом лицевых костей (верхней челюстной пазухи, костей носа)	3	8,1%
8	Перелом плечевой кости	3	8,1%
9	Перелом костей предплечья (лучевой, локтевой)	7	19%
10	Перелом кисти	1	2,7%
Всего		37	100%

Интересными оказались результаты распределения травм по стационарным отделениям (рис.4). Среди всех переломов у пожилых 40,5% приходится на психосоматогериатрические отделения и 59,5% на общепсихиатрические. Таким образом, уровень травматизма с серьезными последствиями в негериатрических отделениях

достаточно высокий и обусловлен пребыванием в них большого количества пациентов старшего возраста. Большинство переломов пациенты получают в результате падения (поскользнулись, запнулись о собственные тапочки, о ножку стула, кровати, резко встали и т.п.).

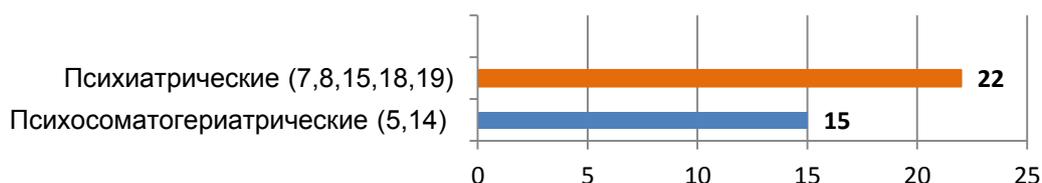


Рисунок 4. Распределение травм (переломов) по структурным подразделениям КГБ

Что касается исхода травм для пациентов, то ситуация следующая: рековалесценты – 41%, это пациенты с переломом верхних конечностей; пациенты, самостоятельность, которых ограничена, но они могут передвигаться с помощью ходунков – 5%, в пределах кровати – 24% и пациенты, которые после перелома перешли в категорию «лежащих» и в дальнейшем умерли – 30%. Очевидно, что перелом шейки бедра является основным фактором утяжеления соматического состояния и летальности пожилых пациентов.

Таким образом, результаты анализа травматизма геронтопациентов в психиатрическом стационаре показали необходимость разработки эффективных мер по профилактике травматизма, в частности переломов. Эти мероприятия должны быть комплексными и проводиться с учетом индивидуальности пациента. Одинаковые профилактические мероприятия для всех – не лучший способ предупреждения падений, хотя некий общий принцип для пациентов психиатрического стационара должен присутствовать.

Стратегиям по профилактике падений следует быть всесторонними и многоплановыми:

1. Обеспечение безопасной внутрибольничной среды и снижению внешних факторов риска.

Необходимо проведение инженерно-технических работ по устранению потенциальных опасностей для пожилых пациентов в стационаре. В нашей больнице были проведены такие работы в рамках программы по доступной среде для маломобильных групп населения. Так были установлены поручни в коридорах, душевой комнате, туалете; убраны пороги в палатах, созданы условия для удобного и безопасного подъезда пожилых на кресле – коляске в душевую, туалет. В гериатрических отделениях имеется в достаточном количестве инвалидные кресла – коляски, вспомогательных устройства опоры (ходунки, трости), что значительно облегчает передвижение пациентов; имеются функциональные кровати с боковыми ограничителями; в отношении геронтопациентов с деменцией применяется фиксация с помощью пояса Поззи. Такая мера, несомненно, требует от персонала повышенного наблюдения за пациентами, но позволяет пожилым проявлять некоторую двигательную активность в пределах кровати, кресла без риска падения. Во всех отделениях используется ночное освещение палат. Актуально использование эргометричной мебели, кроватей с регулируемой высотой, защитных заслонов/ограждений. Общепсихиатрические подразделения больницы нуждаются в инженерно-техническом и материальном обеспечении по безопасной среде в связи с высоким уровнем серьезной травматизма пожилых пациентов в этих отделениях.

2. Обучение персонала профилактика падений и оказание помощи при них.

Падение пациентов не является исключитель-

но проблемой медицинских сестер, но именно ей принадлежит ведущая роль в обеспечении безопасности пациентов высокого риска падений.

- Первым шагом в профилактике падений и переломов является обучение сестринского персонала проведению первичной и последующей оценки риска падений. Выбор стандартизированной шкалы оценки риска падений остается на усмотрение медицинской организации. Расчеты по шкале просты, и не требуют серьезного обследования пациента и легко могут выполняться медицинскими сестрами.

- Создание безопасного окружения для пациентов (контролировать общее состояние пациента с учетом получаемой фармакотерапии; контролировать состояние полов в отделении, достаточности освещения, положения в кровати, ношение удобной одежды и обуви, сопровождения пожилых в туалет, столовую, помощь при осуществлении гигиенических мероприятий; рациональная расстановка персонала).

- Обучение персонала правилам реагирования на факт падения. Госпитализация пациента с переломом должна быть в течение часа после травмы. Адекватная, правильная и своевременная иммобилизация пациентов с переломами в 90% случаев дает более менее благоприятный исход.

- Включить в программу образования медицинского персонала тему «Профилактика падений».

- Обучение пациентов принципам безопасного поведения с учетом интеллектуально-мнестических функций пациента и его психического статуса.

3. Обучение родственников методам профилактики травматизма в домашних условиях. Разработка наглядных материалов, которые делают информацию более доступной. Следует обращать внимание родственников и пациентов на диагностику, лечение и профилактику остеопороза. В Омске организован Центр профилактики повторных переломов (ЦППП) на базе БУЗ ОО «Медико-хирургического центра МЗ». В ЦППП пожилые люди могут не только пройти диагностику и лечение остеопороза, но и посещать занятия в Школе профилактики повторных переломов.

В целом работа с пожилыми пациентами с высоким риском травматизма и получения повторных переломов базируется на принципе «Трех китов»: диагностика и лечение остеопороза, своевременное лечение переломов, профилактика повторных переломов. Значительную роль в системе профилактики падений и повторных переломов у пожилых пациентов играет сестринский персонал психиатрического стационара.

Для предупреждения травматизма пациентов старшей возрастной группы психиатрической больницы должна быть разработана программа по безопасности геронтопациентов с учетом специфики психиатрического профиля стационара.

**Содержание предшествующих выпусков
«Омского психиатрического журнала»
2014—2018 гг.**

Выпуск 1 (1). 2014

Роль экстренной медико-психологической помощи по «телефону доверия» в профилактике самоубийств

Е.А. Белебева, И.Н. Мурина, Е.В. Штейнбах, Е.И. Битко

Суицидальный контент в глобальной информационной сети: на основе анализа русскоязычного сегмента Интернета

Ю.П. Денисов

Влияние микросоциально-средовых семейных факторов на формирование различных вариантов постсуицидального периода

А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский

Алкоголизация лиц с органическими расстройствами, ассоциированными с интеллектуальным дефицитом

Д.В. Четвериков

Детский суицид как один из видов отклоняющегося поведения

И. В. Гранкина, Н.А. Степанова

Эффективность и безопасность применения сертиндола при шизофрении.

Lindstrom E., Levander S.

Роль когнитивных стратегий в разработке дифференцированных программ реабилитации подростков с пограничными психическими расстройствами, обнаруживших суицидальное поведение

Д.Ю. Коломыцев, Ю. В. Дроздовский

Психотерапия и реабилитация лиц пожилого возраста

С.С. Одарченко, А.И. Чеперин

История кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии Омской государственной медицинской академии

Ю.В. Дроздовский, Г.М. Усов

Самоубийства среди учащихся в предоктябрьской России

С.А. Завражин

Суицид и профессиональная деятельность. Сообщение 1. Трудоголизм и безработица

Е.С. Асмаковец

Некоторые аспекты психического здоровья преподавателя высшей школы

Т.В. Малютина, Л.В. Лонская

Предвидение и выявление признаков суицидальных состояний у коморбидных больных шизофренией

И.С. Зиновьева, Т.А. Воронкова

Сестринская помощь пациентам психиатрического туберкулезного отделения

Е.П. Гирфанова, Т.А. Калугина

Выпуск 2 (2). 2014

Анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами в Омской области за 5 лет (2008-2012)

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

Специализированная помощь при пограничных психических расстройствах позднего возраста в психотерапевтическом кабинете

С.С. Одарченко, И.Ю. Ярилова

Клиническое наблюдение психотической тревоги

Е.В. Штейнбах, Е.И. Битко, Д.В. Четвериков

Особенности клиники шизотипического расстройства у детей: клинический случай

Н.А. Степанова, Л.В. Смачная, И.В. Днепровская

Судорожный синдром при алкоголизме

В.В. Донской, Н.С. Суханова, А.М. Гусев, М.В. Колонтай

Структура и динамика психопатологических нарушений у детей с речевыми расстройствами

И.В. Днепровская, Т.А. Яковлева, Л.В. Смачная, Н.А. Степанова

Малопрогрессирующая шизофрения в позднем возрасте

М.И. Шеденко, Н.Н. Долгановская, М.Р. Магомедов

Психотерапевтическая помощь суицидентам: виды, формы и методы

Н.А. Ефремова, Т.М. Гирич

Судебно-психиатрическая оценка алкогольных психозов

Г.Ю. Алексеева, Н.В. Дубовец, Т.Н. Керова, Т.В. Солодянкина

Личность и болезнь: лекция

Д.В. Четвериков

"Школа здоровья" для больных туберкулёзом с сопутствующими психическими заболеваниями

Е.П. Гирфанова, А.И. Чеперин, С.С. Одарченко

Роль медицинской сестры в профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста

Т.А. Воронкова

Выпуск 1 (3). 2015

Аддиктивные проблемы в обращениях в суицидологическую службу Омской области

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

Острая алкогольная интоксикация в структуре вызовов скорой психиатрической помощи в Омской области

О.О. Коломбет, А.Б. Пильщик

Клиническое наблюдение травматической эпилепсии

О.П. Соловьева, Т.Н. Негрий, Л.И. Шишина

Влияние стрессовых воздействий на формирование и динамику симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством

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

Предикаты девиантных форм поведения у детей с психическими расстройствами

И.В. Гранкина

Коррекция нарушений поведения и эмоций у детей с пограничными психическими расстройствами и школьной дезадаптацией в условиях психиатрического дневного стационара для детей и подростков

Т.Г. Плетнёва, М.В. Баженова

Особенности психосоциальной терапии в психиатрическом отделении принудительного лечения специализированного типа

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

Особенности неотложной психиатрической помощи на догоспитальном этапе

А.Б. Пильщик, О.О. Коломбет

Динамика учебной эффективности студентов с психическими расстройствами

М.В. Четверикова

Развитие психолого-педагогической компетенции преподавателя медицинского вуза в контексте современной образовательной парадигмы

Н.А. Гетман

Открытие первой в мире психиатрической больницы. Часть 1.

Juan José López Ibor

Выпуск 2 (4). 2015

Лобно-височная дегенерация. Болезнь Пика. клинический случай.

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

Роль врача-психиатра амбулаторной психиатрической службы Омской области в диагностике и квалификации симптоматических нарушений психических функций у пациентов, освидетельствованных в бюро МСЭ общего профиля

А.А. Ярков

Опыт работы психиатра в профилактических осмотрах детей перед поступлением в детские дошкольные учреждения

И.П. Осипкина, А.Н. Стаценко

Обучение детей с умственной отсталостью в связи с принятием нового Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации"

Т.А. Яковлева, И.В. Днепровская

Госпитализация в психиатрическую клинику: организационные и правовые аспекты

Л.А. Сазонова, А.Б. Пильщик, О.О. Коломбет

Опыт практического применения препаратов Сертиндол и Эсциталопрам у пациента, страдающего расстройством шизофренического спектра

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

Религиозный компонент психосоциальной реабилитации психически больных (пациенты отделения принудительного лечения специализированного типа, пациенты, проживающие в Омском психоневрологическом интернате)

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

Организация психолого-педагогической практики аспирантов медицинского вуза как условие развития их профессиональной компетентности

Н.А. Гетман, Т.Н. Педан

Селфи: хроника самоутраты современного человека

Н.И. Нелюбин

Открытие первой в мире психиатрической больницы. Часть 2

Juan José López Ibor

Выпуск 3 (5). 2015

Симптоматический психоз – клиническое наблюдение

А.Д. Егорова, Е.Ю. Емельянова

Патомимия как вид самоповреждающего поведения

Е.В. Спижарский, Е.Н. Иванченко

Опыт реализации инновационных проектов психосоциальной реабилитации молодых умственно отсталых инвалидов в условиях Автономного стационарного учреждения социального обслуживания Омской области «Омский психоневрологический интернат»

О.В. Копотиенко, О.И. Прокаева

Социальная работа в детском диспансерном психиатрическом отделении: опыт и проблемы профилактики нарушений социализации

Н.В. Александрова, О.Е. Крахмалева, Е. А. Капитоненко, О.М. Барышева

Синдром эмоционального выгорания и учебный стресс

И.А. Федотов, А.С. Дегтярева, С.Н. Озоль

Значение толерантных отношений подростков во внеучебной деятельности

Т.В. Малютина, А.А. Абраменко

Временная перспектива у суицидентов при переживании безнадежности

И.М. Ермолова, О.В. Крунэ, И.А. Вишняков

Открытие первой в мире психиатрической больницы. Часть 3

Juan José López Ibor

Выпуск 4 (6). 2015

XVI Съезд психиатров России

Резолюция делегатов XVI Съезда психиатров России и участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы"

Информационное сообщение о съезде общественной организации "Российское общество психиатров"

i- Disorders - новые виды психических расстройств, связанные с использованием современных информационных технологий

И.А. Федотов, С.В. Кукушкин, В.А. Доровская, Я.А. Антошкин

Системный подход в психотерапии психозов: клинический случай

В.М. Берников

Нейтрализация элементов криминальной субкультуры в условиях психиатрического отделения принудительного лечения специализированного типа

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

Психосоциальная реабилитация в условиях загородного реабилитационного комплекса

С.В. Хузина, В.С. Лебедеко, А.Н. Харин

Приемы саморегуляции психических состояний в экстремальных ситуациях

И.М. Шилова

К анализу важнейшего десятилетия (1958-1968 гг.) советской психиатрии с точки зрения его вклада в преодоление механистического рефлексологического (т.н. Павловского) и др. паранаучных направлений

В.Г. Остроглазов

Эволюция функционального дисплея медицинской сестры в психиатрии

Е.П. Гирфанова, Т.Н. Лудын

Способы немедикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара

О.Г. Чаркова, М.Ю. Дорошенко

Выпуск 1 (7). 2016

Госпитализация как индикатор эффективности психиатрического сервиса

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

Дневной стационар психиатрической больницы

Т.Н. Сперанская, Д.В. Четвериков

Проблемные аспекты диагностики аутизма в дошкольном детстве

С.В. Гернер, Е.И. Манапова

Клиническое наблюдение диссоциативного (конверсионного) расстройства у пациента с детским церебральным параличом

О.П. Соловьева, Т.Н. Земских

Клинико-психопатологические особенности агорафобии с паническим расстройством у пациентов отделения непсихотических психических расстройств

Л.В. Моор, Л.Д. Рахмазова

Ципралекс в комплексном лечении хронического болевого синдрома

А.В. Арсланова, О.С. Грицаенко

Основные направления психосоциальной реабилитации детей, находящихся в стационаре на дому

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

Аутогенная тренировка в коррекции эмоционального состояния женщин с бесплодием

И.С. Чусов

Моделирование экстремальных ситуаций на учебных занятиях

И.М. Шилова

Сестринская помощь в реабилитации непсихотических аффективных расстройств у женщин трудо-

способного возраста
Т.А. Воронкова

Выпуск 2 (8). 2016

Психиатрическое отделение принудительного лечения специализированного типа
А.И. Петрова, З.В. Кисляк, О.В. Могиль, О.И. Прокаева 5

Психиатрическая помощь сельскому населению (на примере Марьяновского района Омской области)
Е.И. Засекина

Особенности течения нейросифилиса на современном этапе. Описание клинического случая
В.А. Охлопков, Ю.А. Новиков, Ю.Т. Игнатъев, М.Б. Кидалов, Е.Н. Кравченко

Диагностика личностных расстройств: от П.Б. Ганнушкина к DSM-5
И.А. Федотов, О.Д. Тучина

Виды стрессогенных воздействий и клинические особенности расстройств адаптации в зависимости от гендерных характеристик
Ю.В. Кузнецова, Л.В. Моор

Причины и условия развития школьной дезадаптации и пограничных психических расстройств у детей и подростков
Т.Г. Плетнева, Ю.В. Дроздовский

Психологические особенности людей с избыточным весом (гендерный аспект)
Е.Д. Никитина, Н.В. Федорова

Аутоагрессивное поведение, алкогольная зависимость и эмоциональное выгорание среди медицинских работников
С.Н. Озоль, Д.И. Шустов

Выпуск 3 (9). 2016

Лечение и организация дневной занятости в условиях психиатрического дневного медико-реабилитационного отделения
О.А. Александрова, Ю.В. Лычкова, Т.А. Швидко

Комплексные мероприятия по улучшению качества жизни проживающих и качества оказания социальных услуг
О.В. Копотиенко, О. И. Прокаева

Клинический случай болезни Фара
Е.Н. Иванченко, М.И. Шеденко, Е.В. Спижарский, Н.Н. Долгановская, А.А. Кондратьева

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

Случай параноидного расстройства, развившегося на фоне употребления нескольких психоактивных веществ в практике амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы

Образ идеального и реального лидера в студенческой группе медицинского вуза
С.В. Исаев, Ю.В. Потапова

Значение психологического сопровождения женщины к рождению ребенка
В.В. Панина

Организация сестринской деятельности психотерапевтического амбулаторного отделения
Т.А. Воронкова

Выпуск 4 (10). 2016

Когнитивные расстройства при эпилепсии
В.И. Ларькин, И.Н. Степанов, Т.Н. Негрий

Психические расстройства, психосоциальные факторы, личностные особенности и соматические заболевания: практический опыт работы психиатра в общесоматической больнице
Г.А. Петтай

Сценарные механизмы динамики самодеструктивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью
Меринов А.В.

Особенности мотивации суицидального поведения у подростков при завершенных суицидах
С.Н. Рожков, С.З. Воронова, Т.А. Сазонова, С.А. Патер

Интегративный подход к психосоциальной реабилитации детей и подростков
Н. В. Александрова, О.Е. Крахмалева, О.М. Барышева, Е.Ю. Емельянова, Е.А. Капитоненко

Особенности развития операций классификации, обобщения и абстрагирования у младших школьников с задержкой психического развития
Н.В. Федорова

Выпуск 1 (11). 2017

Распространенность и симптоматическая структура расстройств настроения депрессивного спектра у школьников города Омска
Т.И. Иванова, Д.В. Пушкарева

Применение антипсихотиков в период беременности
А.А. Усова, И.В. Напалков

Клиническое наблюдение ЦАДАСИЛ-синдрома
Т.В. Петрова, Э.Р. Ханафеева, А.В. Павликова, Л.С. Новицкая, И.Л. Кутенкова, Т.А. Кузнецова

Аутоагрессивная характеристика юношей, имеющих отца, страдающих алкогольной зависимостью
А.В. Меринов

Социальные характеристики психически больных, совершивших ООД: роль фельдшера в профилактике общественно опасных действий у пациентов с психозами
Т.А. Воронкова, А.А. Аплетаяев, Е.П. Гирфанова, Т.И. Скотникова

Выпуск 2 (12). 2017

Насилие в семье как актуальная тема обращений абонентов «Телефона доверия» в Омской области
Е.А. Белебева, В.А. Малыхина, Е.Г. Пурясова

Психиатрическое туберкулезное отделение
Т.С. Журавлёва, Е.Ю. Шевчук, Т.Г. Семёнова, Л.Ф. Плохотенко

Клиническое наблюдение деменции с тельцами Леви
Т.В. Петрова, А.В. Павликова, Э.Р. Ханафеева

Рациональная терапия депрессивных расстройств у беременных (обзор литературы)
А.А. Усова, И.В. Напалков, Т.И. Иванова

Вортиоксетин: новые перспективы в лечении непсихотических депрессий. Клиническое наблюдение
Д.В. Четвериков

Особенности поведения больных в дебюте шизофрении при выполнении экспериментально-психологической методики «Пиктограммы»
Т.А. Майорова, М.А. Воронов, И.А. Горьковой, М.А. Беребин, А.Ю. Рязанова

Особенности развития операций сравнения, анализа и синтеза у младших школьников с задержкой психического развития
Н.В. Федорова

Выпуск 3 (13). 2017

Омская психиатрическая больница: история и современность
Т.А. Драчук, С.С. Одарченко, М.Г. Усов, А.А. Уткин, А.И. Чеперин, Д.В. Четвериков

К истории развития детско-подростковой психиатрической службы Омской области
О.М. Барышева, Т.И. Иванова, О.Е. Крахмалева, Р.Н. Лещева, А.Н. Стаценко

Музей Омской психиатрической больницы
Р.Н. Лещева

История психиатрического диспансерного отделения для взрослого населения Омской психиатрической больницы

А.Д. Шеллер, О.Н. Степанова

История кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии Омского государственного медицинского университета

Ю.В. Дроздовский, Г.М. Усов

История сестринского дела в Омской психиатрической клинике

Е.П. Гирфанова, Т.Н. Лудын

Выпуск 4 (14). 2017

Расстройства личности в Международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11)

О.И. Чеснокова

Клинико-диагностические аспекты аффективных и личностных расстройств у женщин с фармакорезистентными депрессиями

С.Н. Нурходжаев

Атипичное диссоциативное расстройство эндогенной природы: клиническое наблюдение

Е.В. Штейнбах

Личностные особенности подростков с поведенческими нарушениями

Н.В. Александрова, М.В. Андреева, Е.В. Вихорева

Психотерапия в работе с пациентами, переживающих острое горе

М.А. Спуженкова, М.Р. Арпентьева

Выпуск 1 (15). 2018

Развитие психологического звена в психиатрической службе Омской области

И.М. Ермолова, О.В. Крунэ

Клинические и молекулярно-генетические особенности лекарственно- индуцированной поздней дискинезии при шизофрении

А.С. Бойко, Е.Г. Корнетова

Клинический случай конверсионного расстройства при симптоматической фармакорезистентной эпилепсии травматического генеза

О.П. Соловьева, И.Н. Степанов

Первый психотический эпизод при шизофрении: частота госпитализаций и динамика внутренней стигмы

К.Ф. Васильченко, Ю.В. Дроздовский

Опыт лечения сосудистых психозов у лиц пожилого и старческого возраста

Т. Б. Оспанов, В. В. Кондратенков

Клинический опыт применения трифтазина у пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством с сенесто-ипохондрическим бредом

Н.А. Долгушева, О.В. Вихорев, Д.А. Ткаченко

Опыт купирования психических расстройств вследствие потребления синтетических ПАВ при оказании скорой психиатрической помощи

Л.А. Сазонова, С.П. Сыроваткин, Д.В. Четвериков

Профессиональные стрессы и синдром «психического выгорания»

Е.Г. Ожогова

Выпуск 2 (16). 2018

Значение когнитивных нарушений для оценки патогенеза, клинической картины и лечения депрессии

А.Б. Шмуклер

Биохимические показатели липидного и углеводного обменов у больных шизофренией

И.А. Меднова, Л.В. Гертнер, В.В. Дубровская, Т.М. Суханова, А.С. Бойко

Вклад биологического и социального в формирование психических расстройств детского возраста на примере особенностей семейного воспитания

А.Н. Лубеницкая, Т.И. Иванова

Клинико-онтогенетические особенности психопатоподобных форм поведения у детей в зависимости от нозологической принадлежности основного психического расстройства

И.В. Гранкина, Т.И. Иванова

Опыт применения драматерапии как формы реабилитационной работы в условиях стационарного учреждения социального обслуживания для лиц с нарушениями психического здоровья

А.Е. Сивачева, Е.Ю. Шахбазова, Т.Ф. Волчкова, А.В. Мишин

Инвалидность как психосоциальная проблема

Н.А. Шурлакова

Выпуск 3 (17). 2018

Анализ случаев суицидальных действий среди лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра

К.Н. Кузьмина, В.А. Малыгина

Ассоциация полиморфного варианта RS1057293 гена SGK1 и антипсихотик-индуцированных побочных эффектов

Е.Г. Полтавская, О.Ю. Федоренко, Е.Г. Корнетова

Социальная и клиническая адаптация пациентов медико-реабилитационного отделения в аспекте изучения внутренней стигмы и критических способностей

К.Ф. Васильченко, Ю.А. Жданова,

С.И. Гашков, Е.А. Кукоба

Особенности кризисного мышления у подростков с пограничными психическими расстройствами

Д.Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский

Прокогнитивные эффекты флувоксамина (предварительные данные)

А.Е. Бобров, Л.А. Краснослободцева, Е.М. Мутных

Психосоциальная реабилитация лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом отделении специализированного типа

Т.В. Саутина, Е.А. Артемьева, Е.В. Казакова, Т.П. Степанкина

Инновационные подходы в работе медицинских сестер при оказании психиатрической помощи детям и подросткам

Н.А. Блинова, И.В. Пырина

Выпуск 4 (18). 2018

Организация работы детского психиатра в Омском районе Омской области

В.К. Овчинникова

Синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых: причины возникновения, основные клинические проявления и коморбидные психические расстройства (литературный обзор)

Д.В. Пушкарева, Т.И. Иванова

Болезнь Фара. Клиническое наблюдение распространенной идиопатической кальцификации подкорковый структур, коморбидной с гипопаратиреозом

С.И. Козлов, Л.А. Алексеева

О практике применения нормы ограниченной дееспособности

Н.В. Дубовец, Т.Н. Керова, Т.В. Солодянкина

Применение транквилизаторов в период беременности (обзор литературы)

А.А. Усова, И.В. Напалков, Т.И. Иванова

Детская психотерапия: истоки, опыт и перспективы

Н. В. Александрова, Н. Г. Денисова, О.Е. Николаева

Влияние термина «шизофрения» на формирование негативных стереотипов о пациенте. Исследование на выборке студентов медицинского вуза

В.Е. Исмаилова, К.Ф. Васильченко, Ю.В. Дроздовский

Редакция сетевого издания «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.