

Омский психиатрический журнал

2 (25) 2020



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

2(25) 2020

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

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины

Richard Dadd.
Titania Sleeping, 1841

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Васильченко К.Ф., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Дроздовский Ю.В., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Дементий Л.И., д.пс.н.
Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Петрова Н.Н., д.м.н.
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Бойко А.С., к.м.н.
Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (Томск)
Белебеха Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Стаценко О.А., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Малютина Т.В., к.пс.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
Клиника психических расстройств		Clinic for Mental Disorders
<i>И.В. Гранкина, Е.С. Воробьев, Л.В. Смачная, Э.А. Каспирович, Т.Ю. Полякова</i> Онейроидно - кататонический синдром в практике детского психиатра: проблематика, клиническое наблюдение	4	<i>I.V. Grankina, E.S. Vorobiev, L.V. Savory, E.A. Kaspirovich, T.Yu. Polyakova</i> Oneiric-catatonic syndrome in the practice of a child psychiatrist: problems, clinical observation
<i>С.А. Ракитин, М.В. Курушкин, С. В. Мищенко, Т.А. Зубкова</i> Клинический пример психоза, развившегося на фоне острой интоксикации синтетическими канннабиноидами	8	<i>S. A. Rakitin, M.V. Kurushkin, S.V. Mishchenko, TA Zubkova</i> A clinical example of psychosis, developed against the background of acute intoxication with synthetic cannabinoids
<i>Н.А. Голованова, Т.В. Саутина</i> Наркологическая анозогнозия в психиатрическом стационаре принудительного лечения специализированного типа: актуальность проблемы и перспективы работы	12	<i>N.A. Golovanova, T.V. Sautina</i> Anonognosia for addiction in patients of compulsory treatment of a specialized type department: actuality of the problem and prospects of work
Судебная психиатрия		Forensic Psychiatry
<i>Н.Н. Шиншина, Т.А. Сазонова, С.А. Патер, К.И. Дулатова, И.М. Антропова</i> Об особенностях комплексной оценки аффекта у несовершеннолетних обвиняемых	17	<i>N.N. Shinshina, T.A. Sazonova, S.A. Pater, K.I. Dulatova, I.M. Antropova</i> About the peculiarities of an integrated assessment of the affect in accused minors
Психотерапия и реабилитация		Psychotherapy and rehabilitation
<i>Д.Р. Арсланов, Ю.В. Дроздовский</i> Динамика трудовой занятости пациентов, перенесших первый психотический эпизод	22	<i>D.R. Arslanov, Yu.V. Drozdovsky</i> Dynamics of labor adjustment in patients with first-episode psychosis
<i>И.А. Гладков, О.А. Гладкова</i> Особенности психотерапии женщин с алкогольной зависимостью на этапе амбулаторной реабилитации	26	<i>I.A. Gladkov, O.A. Gladkova</i> Features of psychotherapy of women with alcohol de- pendence at the stage of outpatient rehabilitation
Возрастные аспекты психиатрии		Age Aspects of Psychiatry
<i>Н.М. Лафи, В.Ю. Дунаева, Е.С. Воробьев</i> Уровень тревожности у детей с расстройством личности органической этиологии в зависимости от семейного статуса	28	<i>N.M. Lafi, V.Yu. Dunaeva, E.S. Vorobyov</i> Anxiety level in children with disorders of personality of organic ethiology depending on family status
<i>И.П. Осипкина</i> Диагностика и коррекция нарушений развития детей раннего возраста	31	<i>I.P. Osipkina</i> Diagnostics and correction of infringement develop- ments of children of early age

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Текущий выпуск сетевого издания «Омский психиатрический журнал» главным образом посвящен клиническим вопросам психиатрии.

Дифференциальная диагностика эндогенных психозов у детей и подростков остается актуальной проблемой психиатрии, обусловленной завуалированностью психопатологической симптоматики в связи с возрастной незрелостью психических структур. В практической работе детского врача психиатра имеет большое значение своевременная верификация данных психопатологических состояний, определяя правильность терапии пациентов с онейроидно-кататоническим синдромом. В статье омских авторов представлен клинический случай, иллюстрирующий динамику развития онейроидно-кататонического синдрома.

В настоящее время одними из популярных неинъекционных наркотиков являются синтетические каннабиноиды – т.н. «спайсы». В отличие от растительных каннабиноидов, вопросы, связанные с употреблением данных психоактивных веществ на сегодняшний день изучены недостаточно. Исследования показывают о более быстром развитии синдрома зависимости, иной динамике течения наркологического заболевания и более высокой частоте, в сравнении с растительными каннабиноидами, развития психозов. Схожесть клинических проявлений психотического расстройства при употреблении данных ПАВ с симптомами шизофрении, создает трудности в дифференциальной диагностике, а равно и в выборе тактики лечения. Нетипичная картина психозов, молодой возраст потребителей, многообразие и нестойкость психопатологических симптомов имеет схожесть с первым эпизодом шизофрении или острым полиморфным психотическим расстройством и усложняет клиницистам постановку диагноза, а равно и выбор оптимальной лечебно-реабилитационной тактики, что непосредственно влияет на качество жизни пациентов. В статье, подготовленной коллективом сотрудников Омского наркологического диспансера приведено клиническое наблюдение экзогенного психоза на фоне приема синтетических каннабиноидов. В нем продемонстрировано, что при употреблении этих ПАВ возможно развитие психотических состояний даже при первичном однократном употреблении, со сложной полиморфной симптоматикой и длительной редукцией остаточных психопатологических симптомов. Необходимо отметить важность проведения анализа биологических сред, для установления взаимосвязи возникновения психоза и приема ПАВ.

Актуальную тему коморбидности психической и наркологической патологии продолжает статья, посвященная наркологической анозогнозии. Больные с «двойным диагнозом» значительно хуже адаптируются в обществе и сравнительно чаще имеют низкий комплаенс. В ряде исследований установлено, что от 14 до 50% психических расстройств отягощены сопутствующей алкоголизацией и потреблением иных ПАВ. В последние десятилетия по-прежнему сохраняется устойчивая тенденция к их росту. Так, если в работах 1950—1960-х годов речь шла о 2-4 % больных шизофренией, имеющих наркотическую зависимость, то в последние годы эти показатели выросли до 20-25 % соответственно.

Алкоголь и наркотики поддерживают или усугубляют симптомы психического заболевания, лечение многих психических расстройств не пройдет успешно без должного контроля над проблемой наркотической или алкогольной зависимости. В практике принудительного лечения в психиатрическом стационаре эта проблема становится еще более значимой. Целями принудительного лечения, как следует из ст. 98 УК РФ, является излечение или улучшение психического состояния больного и предупреждение совершения им повторных правонарушений. Воздействие на факторы риска совершения ООД с уменьшением степени социальной опасности психически больного является специфической целью именно принудительного лечения.

С целью изучения особенностей взаимосвязи уровня осознания наличия аддиктивной патологии у пациентов отделения принудительного лечения специализированного типа была сформирована выборка из 18 пациентов, проведено клинко-психопатологическое, психометрическое и статистическое исследование. Авторы приходят к выводу, что в терапии зависимости от ПАВ нуждается значительная часть пациентов, находящихся в психиатрических стационарах принудительного лечения. В отсутствии организационно-правовых основ для оказания таким больным специализированной наркологической помощи в условиях психиатрического стационара, повысить эффективность лечения невозможно без работы с химической зависимостью пациента врачей-психиатров и психологов. Это относится прежде всего к психотерапевтической и психокоррекционной групповой работе. Использование методик исследования наркологической анозогнозии и мотивированности на лечение может стать одним из разделов данной работы и позволит оценить ее эффективность в динамике.

Следующая работа представляет результаты изучения показателей трудовой деятельности пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении. Цель исследования состояла в изучении типов адаптации пациентов, перенесших первый психотический эпизод, динамику их трудовой занятости и её влияние на качество жизни. восстановление и поддержание трудового статуса среди этих пациентов, после первой госпитализации, снижает риск повторных госпитализаций в стационар. Особенно это сказывается на пациентах, занятых высококвалифицированным трудом. Пациенты, работающие по специальности без снижения квалификации, а также пациенты, удовлетворенные работой, достоверно реже имеют повторные госпитализации в стационар. В свою очередь пациенты, не удовлетворенные работой или утратившие её в связи с заболеванием, имеют более высокий риск регоспитализаций.

Реабилитация является важнейшим, если не ключевым направлением лечения различных контингентов психически больных. Изменения социально-ролевых гендерных взаимоотношений в современном обществе побуждают к поиску новых подходов для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в наркологической практике. Важным фактором инициации ремиссии при алкогольной зависимости, в части случаев, является коррекция половых дисгамий. Задачи реабилитации женщин с алкогольной зависимостью имеют свою клинко-психологическую специфику. Выбор приемов коррекции определяется опытом врача или психолога, особенностями личности больных и прочими факторами. Необходимым завершением в формировании лечебной среды на восстановительном и реадационном этапах является групповое психотерапевтическое воздействие, а для части пациентов может стать весомым аргументом для и выхода в трезвость.

Пьянство матери является одним из самых мощных неблагоприятных факторов, разрушающих не только семью, но и душевное равновесие ребенка. Оно может оказаться роковым не только в момент зачатия и во время беременности, но и на протяжении всей жизни ребенка. Неблагоприятное социальное влияние алкоголизма родителей на развитие детей связано, прежде всего, с нарушениями взаимоотношений между ними. Любой член семьи, живущий рядом с больным алкоголизмом, находится в состоянии психического стресса. Особенно тяжелая психологическая обстановка возникает в семье, где алкоголизмом больна мать. Часто материнское пьянство является

причиной социального сиротства, помещения детей в приемные семьи.

Психологическим проблемам приемных детей в последние годы уделяется значительное внимание специалистами разных сфер: психологами, педагогами, специалистами по социальной работе. Кроме того, эти дети чаще попадают в поле зрения психиатрической службы, у них выше выраженность депрессии, тревожности, расстройств личности и нарушений поведения по сравнению со сверстниками, воспитывающимися в родной семье. Представленное исследование уровня тревожности у приемных детей и их сверстников, воспитывающихся в родной семье с использованием шкалы явной тревожности CMAS на выборке из 42 детей 8-12 лет, находившихся на стационарном лечении в 10 (детском) отделении БУЗОО «КПБ им. Солодникова» с диагнозом расстройство личности органической этиологии статистически значимой связи между социальным статусом ребенка (воспитание в приемной или родной семье) и уровнем его тревожности не выявило.

В настоящее время обозначилась проблема психических нарушений у детей раннего возраста. Официальные статистические данные о заболеваемости этой возрастной группы отсутствуют. По данным Научного центра психического здоровья РАМН психические нарушения среди детей в возрасте от первых месяцев жизни до трех лет выявляются достаточно часто. Оценка физического и нервно-психического здоровья проводится педиатрами и неврологами детских поликлиник. Зачастую при осмотре детей раннего возраста оценивается физическое состояние, а особенности или отставание в психическом развитии отмечается специалистами только при выраженных нарушениях. Выявление детей с нарушениями развития помимо профилактических осмотров происходит и при активном обращении родителей с различными жалобами. Родственники предпочитают обращаться к врачам педиатрам и неврологам, что возлагает на этих специалистов определенную ответственность в оценке предъявляемых жалоб, а также ставит задачу углубления знаний в области развития детей до трех лет. В Омске создаются центры, появляются специалисты, которые оказывают помощь таким детям, но работают они в разных направлениях, корректируют различные психические функции и, к сожалению, мало связаны между собой. При этом отсутствует единая программа развития «проблемного» ребенка, которая должна быть индивидуальной, динамичной, позволять менять направления в зависимости от актуальной потребности.

*Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.*

Клиника психических расстройств

УДК: 616.89-02+616.893

Для цитирования: Гранкина И.В., Воробьев Е.С., Смачная Л.В., Каспирович Э.А., Полякова Т.Ю. Онейроидно - кататонический синдром в практике детского психиатра: проблематика, клиническое наблюдение. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 2 (25): 4-7. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10205

ОНЕЙРОИДНО-КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА: ПРОБЛЕМАТИКА, КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

И.В. Гранкина ¹, Е.С. Воробьев ², Л.В. Смачная¹, Э.А. Каспирович ¹, Т.Ю. Полякова ¹

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

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный медицинский университет»

svarog.v.b@gmail.com

Аннотация

Дифференциальная диагностика эндогенных психозов у детей и подростков остается актуальной проблемой психиатрии, обусловленной завуалированностью психопатологической симптоматики в связи с возрастной незрелостью психических структур. В практической работе детского врача психиатра имеет большое значение своевременная верификация данных психопатологических состояний, определяющая правильность терапии пациентов с онейроидно-кататоническим синдромом. В данной статье представлен клинический случай, мальчика 13 лет, госпитализированного в детский круглосуточный психиатрический стационар в порядке оказания неотложной помощи, иллюстрирующий динамику развития онейроидно-кататонического синдрома.

Ключевые слова: Шизофрения, дети, острое шизофреноподобное расстройство у детей, онейроид, кататония, оланзапин.

ONEIRIC-CATATONIC SYNDROME IN THE PRACTICE OF A CHILD PSYCHIATRIST: PROBLEMS, CLINICAL OBSERVATION

I.V. Grankina, E.S. Vorobiev, L.V. Smachnaya, E.A. Kaspirovich, T.Yu. Polyakova

Abstract. Differential diagnosis of endogenous psychoses in children and adolescents remains an urgent issue in psychiatry, due to the veil of psychopathological symptoms in connection with the age-old immaturity of mental structures. In the practical work of a child psychiatrist, timely verification of these psychopathological conditions is very important, determining the correctness treatment of patients with oneiric-catatonic syndrome. This article presents a clinical case of a 13-year-old boy hospitalized in a children's round-the-clock psychiatric hospital in the form of emergency care, illustrating the dynamics of the development of the oneiric-catatonic syndrome.

Keywords: Schizophrenia, children, acute schizophrenia-like disorder in children, onyroid, catatonia, olanzapine.

ВВЕДЕНИЕ

Изучение психических расстройств с учетом онтогенетических аспектов занимает важное место в клинической психиатрии. Известно, что юношеский возраст рассматривается как кризовый период, в котором наиболее часто развиваются манифестные эндогенные психозы. (Цуцельковская М.Я.1982г., 1986 г.; Смулевич А.Б. 2004г.; Бархатова, А. Н.,2005). Дифференциальная диагностика эндогенных психозов у детей и подростков остается актуальной проблемой психиатрии, обусловленной завуалированностью психопатологической симптоматики в связи с возрастной незрелостью психических структур.

В практической работе детского врача психиатра имеет большое значение своевременная верификация данных психопатологических со-

стояний, определяющая правильность терапии пациентов с онейроидно-кататоническим синдромом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Иван И.

Возраст: 13 лет

Место рождения: Омская обл.

Род занятий: Учащийся общеобразовательной школы, 7 класс.

Домашний адрес: Омская обл.

Госпитализирован в детский круглосуточный психиатрический стационар в порядке оказания неотложной помощи.

Жалобы при поступлении со стороны матери на наличие у ребенка: заторможенности, отгороженности от окружающих, зрительных и слуховых галлюцинаций, отказа от приема пищи и воды.

2. Анамнестические сведения

2.1. Наследственность психопатологически отягощена по линии матери ребенка: у близких родственников диагностированы шизофрения, эпилепсия, умственная отсталость.

2.2. Семейный анамнез

Ребенок воспитывается в полной многодетной семье. Матери 43 года, образование 9 классов СОШ, в настоящее время не работает. По характеру доброжелательная, спокойная.

Отцу 52 года, образование среднеспециальное, в армии служил, работает сварщиком. По характеру спокойный, властный.

В семье 7-ро детей: двое взрослых детей – дети отца от первого брака, один ребенок взрослый от 1 брака матери, 4-ро совместных детей: мальчики 12-ти и 5-ти лет-здоровы, девочка 8-ми лет – здорова, мальчик 13 лет-пациент. Отношения между детьми доброжелательные.

2.3. Анамнез жизни:

Мальчик от пятой беременности, вторых срочных родов. Первая беременность у матери закончилась родами, три последующих — медицинским абортom. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания, неоднократного стационарного сохранения. Роды физиологическим путем, масса при рождении 3420 г., длина тела 48 см. Родился с асфиксией вследствие однократного обвития пуповиной. Закричал не сразу. Из роддома выписан на 5-ые сутки домой с диагнозом: ишемическое перинатальное поражение ЦНС, синдром возбуждения.

Со слов матери, моторное развитие своевременное, речевое развитие с задержкой: первые слова к 4 годам. На первом году жизни у невролога не наблюдался. ДДУ не посещал.

Рос спокойным ребенком, предпочитал игры в одиночестве, любил конструктор «ЛЕГО», мог часами сооружать здания, машины. Держался в стороне от детей, к контакту с ними не стремился, в коллективные игры не вовлекался. Обучение в школе начал в возрасте 7-ми лет по общеобразовательной программе. К общению с одноклассниками также не стремился, на переменах предпочитал сидеть за партой, первым в разговор не вступал. Учителя характеризовали ребенка следующим образом: «как спокойный, не создающий проблем и справляющийся со школьной программой мальчик». Всегда отмечалась сверхценность увлечений, так с 2013 г. ребенок стал увлекаться динозаврами, много о них читал, собирал фигурки динозавров, позже стал высказывать мысли о том, что считает себя динозавром, издавал характерные для животного звуки, копировал движения тиранозавра, перестал откликаться на свое имя, однако, по просьбе родителей помогал по хозяйству, все действия совершал в образе динозавра. Родители считали это затянувшейся игрой. Продолжал посещать

занятия в школе, успеваемость оставалась прежней, несмотря на то, что ребенок перестал давать устные ответы на уроках. В 2014 году обращались к неврологу в областную клиническую больницу города Омска, со слов матери неврологом было рекомендовано обратиться за консультацией к врачу-психиатру, в то время к психиатру не обращались по причине несогласия отца мальчика.

Анамнез заболевания: мать считает, что состояние ребенка резко ухудшилось 21.03.2018 года после бессонной ночи, мальчик стал говорить матери, что видит у себя на теле червей, пытался пинцетом вытаскивать их личинки из своих глаз. Утверждал, что видит, как по всему его телу ползают черви, при этом был тревожным, боялся наступать на ноги, заявлял, что когда он наступает на свои ноги, то чувствует как из него вылезают черви. Постоянно мыл руки и лицо, объяснял это тем, что смывает червей.

В течение последующих двух дней состояние оставалось прежним, затем стал говорить матери, что слышит голоса умерших дедушек и бабушек, которые якобы просят его помочь им выйти из могил. Поведением обнаруживал наличие страхов, боялся ходить в туалет, начал высказывать мысли, о том что у него появились пластины в голове, при этом постоянно держался за голову руками. На протяжении всего времени мальчик поддерживал контакт только с матерью, с остальными членами семьи не общался.

23.03.2018 года обратились к врачу-психиатру диспансерного отделения для детей, направлен на госпитализацию в детский круглосуточный стационар в порядке оказания неотложной помощи.

3. Соматическое состояние на момент поступления.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Зев спокоен. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца отчетливые, ритм правильный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. АД 100/70 мм рт.ст. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительных качеств.

4. Неврологическое состояние на момент поступления.

Очаговых и менингеальных знаков нет. Голова обычной формы и размеров. Лицо симметричное. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме. Сухожильные рефлексы оживлены, без разницы сторон. Статика и моторика не нарушены. Патологических знаков нет.

5. Психическое состояние.

При поступлении в стационар ребенок в сознании, ориентировка в собственной личности сохранена. Дезориентирован в текущем времени,

месте пребывания. Контакт малопродуктивный, сидел опустив голову вниз, на вопросы отвечал после продолжительных пауз тихим голосом. По просьбе верно называл свое имя. Во время беседы утверждал, что находится дома. Периодически начинал моргать, отмечалось обильное слюноотделение. На другие вопросы не отвечал, был загружен болезненными переживаниями. Фон настроения был снижен. Определить уровень интеллекта и памяти не представлялось возможным по психическому состоянию. С учетом клинической картины, определяющейся острой психопродуктивной симптоматикой в лечении была назначена нейролептическая терапия раствором галоперидола 5 мг. в сутки (2,5 мг x 2 р.д.) в/м с коррекцией тригексифенидилом 4 мг/с.

В динамике наблюдения в первые сутки в утренние часы психическое состояние средней степени тяжести, загружен болезненными переживаниями, на вопросы не отвечал, лежал в кровати с закрытыми глазами, по просьбе глаза открывал. Во время завтрака ел мало, выпил около 150 мл воды, сохранялось обильное слюноотечение.

В вечернее время первых суток психическое состояние тяжелое, осмотрен в постели лечащим врачом совместно с дежурным реаниматологом, на обращенную речь не реагировал, глаза не открывал, отмечался повышенный тонус мышц верхних конечностей, при попытке изменить положение тела, сохранял приданную телу позу, «застывал». Отмечались симптомы: воздушной подушки, восковой гибкости. Утратил глотательный рефлекс, перестал самостоятельно мочиться. В соматическом статусе отмечалось повышение t тела до 38 градусов, повышение АД до 130/80 мм.рт.ст., сохранялось обильное слюноотделение. По тяжести состояния, после совместного осмотра был переведен в ПИТ ОКПБ, где начал получать инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, ноотропами, витаминами группы В, назначались гормональные препараты. Питание пациента осуществлялось энтерально через назогастральный зонд, мочевой пузырь был катетеризован. Нейролептическая терапия была отменена для дифференциальной диагностики со злокачественным нейролептическим синдромом. В динамике наблюдения в реанимационном отделении в течение последующих восьми суток психическое состояние оставалось тяжелым, продуктивному контакту практически был не доступен, не реагировал на обращенную речь, сохранялись проявления каталепсии в виде восковой гибкости, продолжал принимать пищу энтерально, мочеиспускание осуществлялось через катетер. Находясь на лечении в реанимационном отделении пациент ежедневно осматривался педиатром, психиатром, реаниматологом, проводились консилиумы с привлечением сотрудни-

ков кафедры психиатрии ОмГМУ. На восьмые сутки пребывания в отделении реанимации наметилась слабopоложительная динамика в психическом состоянии в виде кратковременного продуктивного контакта, пациент стал реагировать на шепотную речь, отмечались попытки ответить при помощи сжатия пальцев руки врача, морганиями глаз. Восстановился самостоятельный глотательный рефлекс, самостоятельное мочеиспускание. Нивелировались явления каталепсии. При осмотре реаниматологом, нарушений функций в работе витальных органов не отмечалось, решением консилиума на 9-ые сутки пациент для дальнейшего лечения из отделения реанимации был переведен в детский круглосуточный психиатрический стационар общего типа (отделение №10).

В динамике наблюдения в отделении первое время психическое состояние оставалось средней степени тяжести, пациент находился в пределах постели с индивидуальным медицинским постом, контакт был малопродуктивным, коротко реагировал на обращенную к нему речь, пытался выполнить речевую инструкцию открыть рот, показать язык, сжать руку врача. Сохранялся гипертонус мышц верхних конечностей. Питание осуществлялось с рук медицинского персонала. Самостоятельно мочился в мочеприемник. В психическом состоянии наблюдалась положительная динамика в виде доступности контакту, кратковременно фокусировал взгляд, стал улыбаться в ответ на обращенную к нему речь, пытался выполнить речевые инструкции, произносимые обычным голосом. В ночное время отмечались периоды психомоторного возбуждения, сопровождающиеся некоординированным метанием, пациент был активен в пределах постели, выкрикивал отдельные слова. Двадцать пятые сутки. Проведен консилиум врачей-психиатров в составе научных сотрудников кафедры Психиатрии ОмГМУ, решением которого, в связи со слабо выраженной положительной динамикой на проводимой психофармакотерапии в лечении был назначен Оланзапин 5 мг/с.

На 7-ой день приема оланзапина 5 мг/с пациент начал вставать с постели при помощи медицинского персонала, выходить из палаты, передвигаться по коридору, ходить в туалет.

На тридцать четвертые сутки пребывания в стационаре пациент начал самостоятельно ходить в столовую, принимать пищу без помощи медицинского персонала. Свободное время проводил в холле с другими пациентами, смотрел телепередачи. На вопросы врача отвечал односложно, в рамках заданного вопроса. Стал говорить о том, что видит как по отделению плавают механические акулы, летают НЛО, во время беседы озирался по сторонам, останавливал взгляд в одной точке, поведением обнаруживал наличие обильной галлюцинаторной симптоматики. В

беседе с врачом продолжал утверждать, что находится дома, говорил, что врач – это его брат. В ответ на просьбу рассказать о том, что помнит о событиях, которые переживал ранее, уверенно рассказывал, что длительное время путешествовал с капитаном, называет имя капитана, путешествовал по различным морям, видел всякие ужасы, электрическую акулу, которая может ранить людей, во время своего рассказа поведением обнаруживал наличие обильной галлюцинаторной симптоматики.

Пятьдесят пятые сутки. В ходе наблюдения отмечается положительная динамика в психическом состоянии в виде сохранности всех видов ориентировок, доступности продуктивному контакту, купирования острой психопродуктивной симптоматики, нормализации фона настроения. В беседе с врачом отрицал наличие обманов восприятия, поведением не обнаруживал, не отрицал того, что ранее видел НЛО, в котором сидели черепахи, разговаривали, говорили разное, то плохое, то хорошее. Подробно описывал как выглядели НЛО, их цвет, количество. При расспросе активно рассказывал о своих сновидениях, которые были ранее, сравнивал их с фильмом Аватар, сожалел о том, что больше таких ярких сновидений не видит. Обманы восприятия на момент осмотра отрицал, поведением не обнаруживал. Проведен повторный консилиум врачей-психиатров с привлечением научных сотрудников кафедры психиатрии ОмГМУ, решением которого в лечении был отменен Оланзапин, для поддерживающей терапии назначен Клозапин 50мг в сутки в два приема.

На шестьдесят вторые сутки пациент выписан из круглосуточного стационара с рекомендациями по дальнейшему лечению и наблюдению врачом-психиатром по месту жительства.

6. Патопсихологическое обследование, 41 сутки.

Во время обследования испытуемый периодически замирает, смотрит в сторону, начинает говорить на непонятном языке. Меняется выражение лица, на вопросы не реагирует. После этого испытуемый продолжает выполнять задания без напоминания инструкции. При расспросе отвечает, что ему что-то мешает, показывает на область губ. При этом лицо краснеет и появляются слезы.

Вербальные ассоциации по созвучию. Перенесенный смысл метафорических выражений, объясняет «светлая голова – просветленный, героический значит», «каменное сердце – не выложит тайну друга».

7. Инструментальные методы исследования МРТ.

Структурных изменений головного мозга не выявлено.

ЭХОЭС.

Данных за смещение срединных структур головного мозга нет.

8. Квалификационный статус на 43 сутки

Статус: онейроидно-кататонический

Сознание: сновидное помрачение сознания

Восприятие: сложные галлюцинации фантастического характера, бред положительного двойника, фантастические иллюзии

Мышление: галлюцинаторный бред фантастического характера

Эмоции: неустойчивое настроение, эмоциональная неадекватность

Воля: гипобулия

Память: конградная амнезия

Психомоторная сфера: гипертонус мышц, кататонический ступор, субступор, мутизм, симптом воздушной подушки, симптом Павлова.

Интеллект: без грубой патологии

Критика: на момент обострения отсутствует

Социальная адаптация: на момент обострения грубо нарушена

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: острое шизофреноподобное расстройство, онейроидно-кататонический синдром. F 23.20

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при подготовке к представлению данного клинического случая

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бархатова, А. Н. Эндогенный юношеский приступообразный психоз с кататоническими расстройствами в структуре манифестного приступа // Автореферат Москва – 2005.
2. Смулевич А.Б. Учение А.В. Снежневского и концепция позитивной-негативной шизофрении, Психиатрия и психофармакотерапия, №2, т. 6, 2004, стр. 52-54.
3. Цуцукловская М.Я., Пантелеева Г.П. Клиника и дифференциальная оценка и которых психопатологических синдромов пубертатного возраста // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. М., 1986. - С.13-28.
4. Цуцукловская М.Я., Михайлова В.А., С.А. Извольский. К проблеме прогноза приступообразной шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте. Журн. невроп. и психиатр., 1982, в.5 стр. 728-738.

УДК 616.89.-008.1:616.89.-02-036:616.89-02-07:178.8

Для цитирования: Ракитин С.А., Курушкин М.В., Мищенко С.В., Зубкова Т.А. Клинический пример психоза, развившегося на фоне острой интоксикации синтетическими каннабиноидами. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 2 (25): 8-11. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10206

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ПСИХОЗА, РАЗВИВШЕГОСЯ НА ФОНЕ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ КАННАБИНОИДАМИ

С.А. Ракитин^{1,2}, М.В. Курушкин², С. В. Мищенко³, Т.А. Зубкова¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет»

² Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер»

³ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1

sergeydoctor83@gmail.com

Аннотация

В статье приводится описание случая развития интоксикационного психоза на фоне первого однократного употребления синтетических каннабиноидов («спайсов»). Обращается внимание на полиморфизм психопатологической симптоматики, длительную редукцию остаточных явлений перенесенного психоза, на необходимость дифференцирования с первым эпизодом шизофрении.

Ключевые слова: психоз, синтетические каннабиноиды, спайс, шизофрения.

A CLINICAL EXAMPLE OF PSYCHOSIS DEVELOPED AGAINST THE BACKGROUND OF ACUTE INTOXICATION WITH SYNTHETIC CANNABINOIDS

Rakitin S. A., Kurushkin M. V., Mishchenko S. V., Zubkova T. A.

Abstract. The article describes a case of intoxication psychosis on the background of the first single use of synthetic cannabinoids ("spice"). Attention is drawn to the polymorphism of psychopathological symptoms, the long-term reduction of residual phenomena of psychosis, the need to differentiate with the first episode of schizophrenia.

Keywords: psychosis, synthetic cannabinoids, spice, schizophrenia.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время одними из популярных неинъекционных наркотиков являются синтетические каннабиноиды (т.н. «спайсы») [1]. В отличие от растительных каннабиноидов, вопросы, связанные с употреблением данных психоактивных веществ (ПАВ) на сегодняшний день изучены недостаточно [2,3]. Исследования показывают о более быстром развитии синдрома зависимости, иной динамике течения наркологического заболевания и более высокой частоте, в сравнении с растительными каннабиноидами, развития психозов [3,4]. Схожесть клинических проявлений психотического расстройства при употреблении данных ПАВ с симптомами шизофрении, создает трудности в дифференциальной диагностике, а равно и в выборе тактики лечения [2,5,6,7,8]. Нетипичная картина психозов, молодой возраст потребителей, многообразие и нестойкость психопатологических симптомов имеет схожесть с первым эпизодом шизофрении или острым полиморфным психотическим расстройством [9,10] и усложняет клиницистам постановку диагноза, а равно и выбор оптимальной лечебно-реабилитационной тактики, что непосредственно влияет на качество жизни пациентов [7,8,11].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Больной М., 21 год, проживает в г. Омске. Поступил в отделения реанимации и интенсивной терапии для лечения острых отравлений у психиатрических больных БУЗ Омской области городская клиническая «Больница скорой медицинской помощи №1». Диагноз: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов (синтетических аналогов- «спайсов»). Употребление с вредными последствиями. Психотическое расстройство, преимущественно полиморфное. (F 12.1; F12.53)

Анамnestические сведения. Наследственность отягощена алкоголизмом деда со стороны отца. Родился первым ребёнком от первой по счёту беременности. Матери на момент родов было 37 лет, отцу 44 года. Беременность протекала неблагоприятно, с угрозами прерывания на сроках 11, 23 и 30 неделях. Роды путём кесарева сечения. Раннее развитие без особенностей. В детстве болел ОРВИ, ветряной оспой, ангиной. ДДУ посещал. Адаптировался с трудом, тяжело переживал разлуку с матерью. С другими детьми практически не общался, не участвовал в коллективных играх, предпочитал тихие уединённые занятия. В школу пошёл в 7 лет, учеба давалась легко, успевал по всем предметам, обнаруживал развитое логиче-

ское мышление, нравились точные науки: математика, физика. Избегал общения с одноклассниками, однако отмечает, что испытывал потребность в коммуникации, но контакты с окружающими были сопряжены для него с чувством неловкости, напряжением - «не знал, как к ним подойти, о чем разговаривать».

Свободное время проводил за чтением книг, увлекался историей. Близких друзей не имел, был тесно привязан к матери. Мать описывает, как добрую, понимающую, «помогала всегда, заботилась». Об отношениях с отцом говорит неохотно, «он из меня пытался мужчину вырастить, спортом заставлял заниматься, а я не хотел».

Когда пациенту было 10 лет, мать развелась с отцом. Развод пережил тяжело, отмечался энурез, стал бояться темноты, спал вместе с матерью. Стал ещё более замкнутым, снизилась успеваемость в школе, на уроках был рассеянным, не мог сосредоточиться. Стал больше времени проводить за компьютером, общался в соц. сетях. «Там у меня друзья были, с ними можно было говорить обо всем, а в жизни я не знаю, о чем с людьми разговаривать».

После окончания 11 классов, поступил в технический университет. С учебой справлялся легко, «мне нравилось, интересно учиться было». «Даже друзья появились, группа хорошая». Под влиянием новых знакомых в возрасте 18 лет впервые попробовал курить табачные изделия, «не очень понравилось, но я ходил с ними курить между парами, потому что все ходили». Алкогольные напитки впервые попробовал в 19 лет, ощущение опьянения понравилось, «эйфория была, так сразу легко общаться стало, хотя раньше всегда было трудно». Со слов, выпивал 1 раз в 1-2 месяца, в основном пиво и слабоалкогольные напитки, в компании «на квартире одноклассники собирались, играли в карты, немного выпивали, компания хорошая была». Допьяна никогда не напивался, не стремился достичь опьянения, «пил, чтобы пообщаться, чувствовал, что так меня в компании принимают и мне можно поговорить». Проблем с алкоголем не испытывал, «мама в пьяном виде меня никогда не видела». Влечение к спиртному отрицал «мне первоначально даже мерзковато было от запаха алкоголя, поэтому покупал себе коктейли сладкие, больше всего со вкусом арбуза нравился».

Обучаясь уже на 3 курсе университета, познакомился с двумя студентами, которые учились на год младше. «Эти парни приехали к нам в Омск из Казахстана учиться, общительные, часто на улице их видел, когда курили, нас общий приятель познакомил, они и предложили спайса курнуть». Под нажимом окружения согласился попробовать наркотик, хотя испытывал страх перед этим «я не с первого раза согласился, так как в интернете видел, что это опасные вещества, но потом решился, они-то давно употребляли и нормально все». Принял синтетические каннабиноиды ингаляционным путём «я не очень хотел, но не смог отказаться». Через несколько минут после

употребления испытал сильное головокружение и потерял сознание, в таком состоянии был обнаружен недалеко от остановки общественного транспорта. Случайными прохожими была вызвана бригада скорой медицинской помощи. В машине скорой помощи пришёл в сознание, однако текущую ситуацию не осмысливал, пытался встать, но был сильно ослаблен. Бригадой скорой помощи был доставлен в «токсикоцентр» БСМП №1.

Соматическое состояние. Общее состояние средней тяжести. В сознании. Внешний вид опрятный, правильного телосложения, пониженного питания, мышечный тонус снижен. Положение пассивное, находится на кушетке, двигательной заторможен, движения медленные, неловкие. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Конечности холодные. Температура тела 36,1. Язык обложен белым налетом, саливация повышена. Склеры глаз инъецированы, зрачки расширены. Артериальное давление 85/40, пульс 112 ударов в минуту, ритмичный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Неврологическое состояние. Зрачки округлой формы, расширены, одинаковые, реакция их на свет сохранена, содружественная, вялая. Менингеальных симптомов не выявлено. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы без существенной разницы сторон, снижены. Парезов и параличей нет. Со стороны черепно-мозговых нервов патологии не выявлено. Болевая чувствительность снижена.

Психическое состояние. При поступлении пациент находился в сознании, не понимал, где находится, но смог сообщить свое имя и возраст. Был заторможен, крайне астенизирован, лежал пассивно на кушетке, иногда безуспешно пытался встать. На обращённую речь реагировал с задержкой, на вопросы отвечал односложно, речь замедлена. Внимание привлекалось только на короткое время громким окликом. Мышление малопродуктивное, поглощен внутренними переживаниями, что-то бормотал, куда-то всматривался.

Динамика состояния. В отделении состояние ухудшилось: стал моторно заторможен, продуктивный речевой контакт затруднен, зрительный контакт не поддерживал. Растерян, на лице выражение недоумения сменялось благодушием или страхом. Безучастно лежал на постели, что-то разглядывал на потолке, бормотал, периодически вскрикивал отдельные фразы, стереотипно совершал движения руками, безуспешно пытался встать. Внимание было полностью поглощено образами восприятия. Была назначена фиксация, инфузионная терапия (стерофундин 400 мл, ремаксол 400 мл, NaCl 0,9% 400 мл), раствор феназепам 0,1%- 2 мл в/м, метаболические препараты (мексидол, цитофлафин, аспаркам). Через 2-3 часа наступил глубокий сон, который продолжался 14 часов. При поступлении в стационар был произведен забор мочи, для проведения анализа методом ИХА (иммунохроматографии) и

ГХ/МС (газовой хроматомасс-спектрометрии) и выявления связи психоза с приемом ПАВ. В моче были обнаружены вещества группы 5F-AB-PINACA, относящиеся к синтетическим каннабиноидам («спайсам»).

После пробуждения состояние удовлетворительное. Смог назвать свое имя, адрес и контакты матери. Не понимал, как попал в больницу. Был ослаблен, растерян, амнезировал состояние интоксикации. После купирования острых симптомов психоза, на 3 сутки, при согласии пациента, был переведен в 3 отделение БУЗОО «Наркологический диспансер», для дальнейшего лечения. Астенические симптомы сохранялись на протяжении 7 дней. В дальнейшем смог описать галлюцинаторные переживания, перенесенные ранее «мне казалось, что нашу планету захватили воины из параллельной вселенной, и я с ними воевал, все было похоже на компьютерную игру, фантастика какая-то». В отделении получал сертралин 50 мг утром, хлорпротексен 25 мг на ночь, феназепам 1 мг на ночь. Курс стационарного лечения составил 14 дней. За это время астенические симптомы полностью купировались. Однако критика к перенесенным переживаниям в полной мере не сформировалась «не думаю, что это из-за спайса было», был замкнут, мало общался с другими пациентами отделения, с настороженностью делился сведениями о себе, избегал занятий групповой психотерапии, но индивидуальные посещал. Был выписан из отделения в удовлетворительном состоянии, в сопровождении матери с рекомендациями дальнейшего лечения у участкового врача нарколога. Рекомендовано обследование у психиатра, для исключения эндогенного заболевания.

К психиатру по месту жительства на консультацию идти отказался. Нарколога по месту жительства посещал регулярно «надо же наблюдаться, чтобы с учета сняли», однако от поддерживающей терапии отказывался (причины не пояснял). Около 3 месяцев жаловался на ощущение «что в мире все как-то не так». Данные ощущения четко вербализовать не мог, бредовых идей не высказывал. Так же отмечал изменения восприятия со стороны зрения «когда смотрю телевизор, а потом отвожу глаза, картинка плывет по ходу движения головы». Самостоятельно консультировался у окулиста и невролога, патологии не было выявлено. Через 3 месяца жалобы подобного рода прекратились, но отмечал подавленность и ощущение ангедонии «не хочу ничего, радости нет». Со слов, «спайс» больше не употреблял, однако общаться с прежними знакомыми не прекратил. Учебу в университете продолжал, трудностей не испытывал.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наследственность пациента отягощена алкоголизмом деда по линии отца. Родился поздним ребенком от неблагоприятно протекающей беременности. С детства у пациента наблюдались шизоидные черты личности: тяжелая адаптация в

детском саду и школе, замкнутость, предпочтение уединенных занятий, отсутствие стремления к активному общению с другими детьми, застенчивость и трудность в коммуникации. После развода родителей отмечались невротические симптомы: ночные страхи, энурез. Первые пробы алкоголя и сигарет произошли под влиянием знакомых и были связаны с желанием влиться в коллектив. Спайс употребил накануне поступления по таким же причинам, что привело к развитию психоза, на фоне острой интоксикации. Синдромов зависимости от психоактивных веществ у пациента выявлено не было.

К числу особенностей перенесенного М. психоза следует отнести: 1) развитие психотического состояния на фоне первого однократного употребления синтетического ПАВ; 2) проявление клиники в начале коллаптоидным состоянием и проявлениями вегето-сосудистой дисфункции; 3) усложнение в дальнейшем симптоматики с формированием онейроидного помрачения сознания с наплывом фантастических зрительных галлюцинаций, кататонических включений; 4) критический выход из психоза через длительный сон; 5) продолжительность психотического состояния менее 1 суток; 6) наличие амнезии с последующим частичным восстановлением воспоминаний картины галлюцинаторных переживаний; 7) медленный регресс остаточной психопатологической симптоматики в течение 2-3 месяцев.

Своеобразием случая следует считать кратковременность данного состояния, продолжительностью несколько часов, и критический выход из психоза, через глубокий длительный сон, что свидетельствует об экзогенном (интоксикационном) характере данного процесса. По выходу из психоза наблюдалась амнезия (полностью амнезировал состояние опьянения и поступление в больницу), однако сохранились воспоминания галлюцинаторных образов. На протяжении длительного времени сохранялись остаточные проявления обманов восприятия и мышления «ощущение что в мире что-то не так». Наличие онейроидного помрачения сознания и кататонических симптомов могут указывать на возможный эндогенный процесс, поэтому, учитывая преморбид пациента и данные катамнеза, необходимо дальнейшее наблюдение психиатра.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в данном клиническом наблюдении продемонстрировано, что при употреблении синтетических каннабиноидов возможно развитие психотических состояний даже при первичном однократном употреблении, со сложной полиморфной симптоматикой и длительной редукцией остаточных психопатологических симптомов. Необходимо отметить важность проведения анализа биологических сред, для установления взаимосвязи возникновения психоза и приема ПАВ.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией этой статьи.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует нормам современных этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2018 году (выдержка) / Москва, 2019. – 17 с.
2. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Медицинское информационное агентство, 2017. – 376 с.
3. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю. Клиническая типология психопатологических расстройств у потребителей синтетических каннабиноидов (спайсов). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015; №4. – С. 18–23.
4. Овчинников А.А., Патрикеева О.Н., Кормилина О.М. Синтетические каннабиноиды (состояние проблемы, региональный аспект, побочные эффекты употребления). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015; №1. – С. 56–61.
5. Патрикеева О.Н., Овчинников А.А., Кормилина О.М. Интоксикационные психозы у потребителей синтетических каннабиноидов. Наркология. 2015; №1. – С. 41–44.

6. Дубатова И.В. Стоякин И.В., Карнаух К.А., Сафроненко А.В. Структурно-динамический анализ клинических проявлений и особенностей терапии психотических расстройств у потребителей «дизайнерских» наркотиков. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018; №1. – С. 36–41.

7. Шмуклер А.Б. Комплексная помощь пациентам с впервые возникшим психотическим состоянием // В сборнике: Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы Научно-практическая конференция. Сборник материалов. Под редакцией Г.П. Костюка. М., 2018. С. 273–285.

8. Четвериков Д.В. Психосоциальная терапия пациентов с коморбидными психическими расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012; 5(74): 48–52.

9. Wunderink, L., Sytema, S., Nienhuis, F.J., Wiersma, D. Clinical recovery in first-episode psychosis. Schizophr. Bull. 2009; 35: 362–369.

10. Усов Г.М., Науменко Е.А., Гасенко К.А. Клинико-социальная характеристика лиц, перенесших психоз в связи с употреблением синтетических психоактивных веществ. Сборник тезисов XVI съезда психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23–26 сентября 2015 года, г. Казань / под ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альфа Астра, 2015. – С. 432–433.

11. Васильченко К.Ф. Дроздовский Ю.В. Социальное функционирование и адаптация пациентов с первым психотическим эпизодом: внутренняя стигма и социально психологические факторы. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018; 3(100): 10–15



УДК 616.89+616.8-08+159.972

Для цитирования: Н.А. Голованова, Т.В. Саутина. Наркологическая анозогнозия в психиатрическом стационаре принудительного лечения специализированного типа: актуальность проблемы и перспективы работы. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 2 (25): 12-16. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10207

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ АНОЗОГНОЗИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАБОТЫ

Н.А.Голованова, Т.В.Саутина

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

nata19780907@gmail.com

Аннотация

Злоупотребление психоактивными веществами психически больными не только утяжеляет течение психического расстройства и ухудшает клинико-реабилитационный прогноз, но и повышает вероятность совершения ими общественно-опасных действий. Наркологическая анозогнозия является самым распространенным типом отношения к наркологической болезни и характеризуется ее полным или частичным отрицанием. Анозогнозия рассматривается как ведущий феномен алкоголизма и наркомании, препятствующий обращению за помощью и эффективному лечению. В статье приводятся клинические наблюдения наркологической анозогнозии у психически больных и дискутируются возможности ее преодоления.

Ключевые слова: анозогнозия, аддикция, зависимость, принудительное лечение, реабилитация.

ANONOGNOSIA FOR ADDICTION IN PATIENTS OF COMPULSORY TREATMENT OF A SPECIALIZED TYPE DEPARTMENT: ACTUALITY OF THE PROBLEM AND PROSPECTS OF WORK

N.A. Golovanova, T.V. Sautina

Abstract. The abuse of psychoactive substances by the mentally ill not only aggravates the course of mental disorder and worsens the clinical and rehabilitation prognosis, but also increases the likelihood of socially dangerous acts. Narcological anosognosia is the most common type of attitude towards narcological disease and is characterized by its complete or partial denial. Anosognosia is considered as a leading phenomenon of alcoholism and drug addiction, which prevents the recourse to help and effective treatment. The article provides clinical observations of narcological anosognosia in mentally ill patients and discusses the possibilities of overcoming it.

Keywords: anosognosia, addiction, dependence, compulsory treatment, rehabilitation.

ВВЕДЕНИЕ

Злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) психически больными не только утяжеляет течение психического расстройства и ухудшает клинико-реабилитационный прогноз, но и повышает вероятность совершения ими общественно-опасных действий.

Больные с «двойным диагнозом», включающим в себя сочетание психической и наркологической патологии значительно хуже адаптируются в обществе и сравнительно чаще имеют низкий комплаенс. В ряде исследований установлено, что от 14 до 50% психических расстройств отягощены сопутствующей алкоголизацией и потреблением иных ПАВ [1,9]. К дополнение к этому, необходимо отметить, что в последние десятилетия по-прежнему сохраняется устойчивая тенденция к их росту. Так, если в работах 1950—1960-х годов речь шла о 2-4 % больных шизофренией, имеющих наркотическую зависимость, то в последние годы эти показатели выросли до 20-25 % соответственно [2].

Алкоголь и наркотики поддерживают или усугубляют симптомы психического заболевания, лечение многих психических расстройств не пройдет успешно без должного контроля над проблемой наркотической или алкогольной за-

висимости. В практике принудительного лечения в психиатрическом стационаре эта проблема становится еще более значимой. Целями принудительного лечения, как следует из ст. 98 УК РФ, является излечение или улучшение психического состояния больного и предупреждение совершения им повторных правонарушений. Воздействие на факторы риска совершения ООД с уменьшением степени социальной опасности психически больного является специфической целью именно принудительного лечения.



Проведенный нами анализ заключений комиссионного освидетельствования пациентов,

находящихся на лечении в психиатрическом отделении принудительного лечения специализированного типа, показал, что злоупотребление ПАВ как фактор, способствующий совершению ООД, установлен в 47,5 % случаев. Ведущую роль при этом играет алкоголь - 50,8% случаев, сочетание алкоголя и наркотических средств отмечено в 13,1% случаев, только наркотические средства - 8,2% (на первом месте – синтетические психостимуляторы, на втором - каннабиноиды, на третьем – опийная группа). Однако клинически установленный наркологический диагноз (F10-19 по МКБ-10) при поступлении имелся лишь у 18% пациентов и только 8,2% когда-либо наблюдались наркологом, либо получали наркологическую помощь (преимущественно пациенты с алкогольной зависимостью, перенесшие алкогольные психозы). Большинство же пациентов с установленным диагнозом хронического психического расстройства в поле зрения наркологов не попадали, несмотря на наличие клинических признаков зависимости от ПАВ, и наблюдались только психиатрами.

С учетом масштабов злоупотребления психоактивными веществами психически больными, находящимися на принудительном лечении, невозможно игнорировать необходимость проведения биопсихосоциальных мероприятий пациентам наркологического профиля для повышения эффективности принудительного лечения. Можно выделить несколько групп пациентов, для которых терапия зависимости от ПАВ необходима. Прежде всего, это пациенты, направляемые на принудительное лечение после совершения ООД в состоянии психоза на фоне зависимости от ПАВ. При отсутствии у них иного психического расстройства при поступлении в отделение (психотические расстройства давно купированы), только зависимость от ПАВ может быть терапевтической мишенью врача-психиатра при отсутствии возможности оказания специализированной наркологической помощи в отделении. Вторая группа – пациенты с наркотической зависимостью на фоне установленного диагноза шизофрении. Неоднократно привлекаясь к уголовной ответственности за незаконное хранение наркотических средств, при отсутствии лечения от зависимости, они обречены повторно поступать на принудительное лечение в психиатрический стационар, в том числе после малоэффективного в данном случае амбулаторного принудительного лечения у врача-психиатра. 80% пациентов с наркотической зависимостью, совершивших ООД по ст.228 УК РФ, находятся на принудительном лечении повторно за совершение такого же правонарушения, при этом у большинства из них срок между выпиской и совершением повторного ООД менее года. Некоторых из таких пациентов суд обязывает пройти лечение от наркотической зависимости, что при отсутствии врача-нарколога в

структуре отделений принудительного лечения становится трудновыполнимым. Отсутствие четких правовых норм по вопросам принудительного оказания наркологической помощи лишает возможности лиц, совершивших правонарушение и направленных судом на принудительное лечение в психиатрический стационар, получить специализированную наркологическую помощь при ее необходимости.

Самая большая группа из контингента отделения, нуждающаяся в наркологической помощи – пациенты с хроническим психическим расстройством и признаками зависимости от психоактивных веществ, совершающие повторные ООД и неоднократно поступающие на принудительное лечение. При этом длительное пребывание в учреждении, исключающем потребление ПАВ, не только не уменьшает вероятность возобновления злоупотребления после выписки, но может и повысить ее, создавая у пациента иллюзию отсутствия проблемы и наличия контроля над «вредной привычкой».

Усложняет ситуацию то, что в настоящее время при существующих формах деятельности наркологической службы коморбидное психическое расстройство продолжает служить, скорее, противопоказанием для лечения таких пациентов у нарколога. Добровольность обращения за наркологической помощью делает это еще более проблематичным. В обязанности психиатров, наблюдающих «по умолчанию» данную категорию больных, не вменено оказание наркологической помощи, однако только психиатрическая служба сейчас может обеспечить недобровольное освидетельствование, активное амбулаторное наблюдение и длительное стационарное лечение таких пациентов [1].

Известно, что осознание зависимости определяет эффективность ее терапии [6, 7, 8]. Наркологическая анозогнозия является самым распространенным типом отношения к наркологической болезни и характеризуется ее полным или частичным отрицанием.



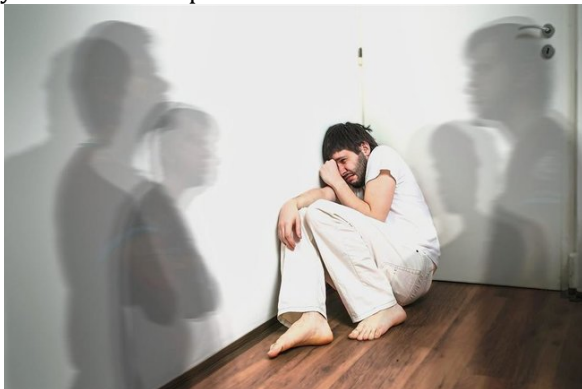
Анозогнозия рассматривается как ведущий феномен алкоголизма и наркомании, препят-

ствующий обращению за помощью и эффективному лечению. Считается, что анозогнозия меняется в рамках одного аддиктивного цикла, при этом максимальна она в ремиссии заболевания. На начальном этапе зависимости анозогнозия максимальна, при нарастании социальных последствий злоупотребления ПАВ она уменьшается, при переходе заболевания в конечную стадию за счет когнитивного дефицита она увеличивается. Анозогнозия - распространенная мишень психотерапевтического воздействия при зависимостях. Снижение анозогнозии при проведении психотерапии идет от формирования когнитивного признания заболевания через принятие его на эмоциональном уровне к мотивационно-поведенческим изменениям [5].

Динамическая оценка анозогнозии – один из важнейших аспектов лечебно-реабилитационного процесса, так как ее характеристики и выраженность влияют на особенности психотерапевтических и реабилитационных программ. [3]

Проведение психокоррекционной и психообразовательной работы врачом-психиатром лежит в направлении прежде всего психического расстройства, формирования критики к нему и настроя на поддерживающую терапию. И, если в результате такой работы подавляющее большинство больных признает у себя наличие психического расстройства, знает его симптомы и методы лечения (что в целом характеризуется как появление достаточной критики и является фактором, способствующим выписке), то в отсутствии «наркологической» коррекционной работы лишь малая часть больных считает себя зависимыми от ПАВ.

Учитывая все вышесказанное, необходимо отметить, что диагностика уровня осознания химической зависимости у пациентов психиатрического профиля сохраняет свою актуальность и по сей день. В связи с этим определенный интерес вызывает более глубокое изучение данного вопроса, что в перспективе пролить свет на способы повышения результатов принудительного лечения при работе по диагностике и уменьшения наркологической анозогнозии.



ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель нашего исследования заключалась в изучении особенностей взаимосвязи уровня осознания наличия химической зависимости у пациентов отделения принудительного лечения специализированного типа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели на текущий момент нами сформирована выборка из 18 пациентов отделения принудительного лечения специализированного типа с признаками химической зависимости. При обследовании применялись клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы. Для оценки уровня мотивированности на лечение и диагностики выраженности аддиктивных установок нами был использован шкала Мак-Маллан-Гейлхар (MGAA). Согласно руководству по применению данного инструмента, чем больше баллов набирает респондент, тем более «разрушительны» его убеждения, и тем дальше он от стабильной ремиссии [4]. При изучении количественных показателей с распределением, соответствующем нормальному, нами были использованы методы параметрической статистики с указанием среднего и стандартного отклонения ($S \pm SD$). Различия количественных показателей в подгруппах изучались при попарном сравнении с использованием критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Высокий уровень иррациональных установок, касающихся представления о собственном злоупотреблении ПАВ, характерный для наиболее тяжелой клинической группы наркологических больных (более 110 баллов) продемонстрировали 55,6% ($n=10$) пациентов, при этом средний балл среди всех обследованных составил $114 \pm 27,8$. Более высокие показатели ($121 \pm 29,5$ балл) отмечены у пациентов с алкогольной зависимостью (44,4%, $n=8$) по сравнению с группой зависимых от наркотиков группы опия и синтетических психостимуляторов (27,8%, $n=5$), где тот же показатель составил $89 \pm 9,6$. Особую группу среди наркозависимых составили пациенты, употребляющие каннабиноиды (16,7%, $n=3$). Показатель в этой подгруппе имел значение в 142 ± 12 балла (таблица 1).

Попарное сравнение показателей по шкале MGAA между подгруппами пациентов, в зависимости от вида употребляемого ПАВ

Подгруппы пациентов, в зависимости от вида употребляемого ПАВ	Алкоголь, n=8	Опиаты и синтетические психостимуляторы, n=5	Алкоголь, опиаты и синтетические психостимуляторы, n=2	Каннабиноиды, n=3
Алкоголь, n=8		p=0,023*	p=0,267	p=0,097
Опиаты и синтетические психостимуляторы, n=5	p=0,023*		p=0,190	p=0,036*
Алкоголь, опиаты и синтетические психостимуляторы, n=2	p=0,267	p=0,190		p=0,200
Каннабиноиды, n=3	p=0,097	p=0,036*	p=0,200	

Примечание: * - статистически значимый уровень различий

Большую роль в этом играет так называемая общественная анозогнозия (допустимость в глазах общества и некоторых субкультур употребления алкоголя или марихуаны со скрытым отказом в признании алкоголизма и наркомании болезнями). Большинство обследованных пациентов утверждали, что не видят в употреблении алкоголя или марихуаны «ничего особенного», «все так делают», «алкоголь везде купить можно», «траву курить в других странах разрешают», при этом большая часть болезнью и зависимостью это не признает: «я могу не пить/курить сколько захочу». Важно заметить, что различие показателей по шкале MGAA между подгруппами пациентов, зависимых от алкоголя и зависимых от каннабиноидов находились на уровне некоторой тенденции, что, вероятно, связано с недостаточным объемом выборки.

Длительность пребывания пациента в стационаре оказывала влияние на уровень показателей (группа с пребыванием в стационаре до 1 года - 127 баллов, более 1 года - 104 балла), однако длительно лежащие пациенты формировали более устойчивую патологическую стратегию в избегании признания болезни и более четко демонстрировали ведущий фактор, подталкивающий к злоупотреблению ПАВ.

Данный тест определяет пять таких факторов. Фактор 1. «Я могу контролировать прием наркотиков и алкоголя в любое время, когда пожелаю. У меня для этого есть сила воли. Я могу сделать это сам, без чьей-либо помощи». Фактор 2. «Я не несу ответственность за злоупотребление наркотиками. Дьявол меня попутал. Винаваты другие. Это все плохое воспитание». Фактор 3. «Мне все же до сих пор нравится использовать наркотики. Я становлюсь более креативным». Фактор 4. «Наркотики не такая большая проблема для меня. Это не приносит мне реального вреда. Беспокоиться не о чем». Фактор 5. «Мне нужны наркотики, чтобы чувствовать себя луч-

ше. Я не могу без них справиться с этой жизнью» [4].

В нашем исследовании фактор 1 («лиса») присутствовал у 70% больных, фактор 2 («ягненок») – у 30 %, фактор 3 («свинья») у 20%, фактор 4 («страус») у 40%, фактор 5 («бабочка») у 30%. Наиболее часто встречающимся явился фактор 1, он же наиболее устойчивый у пациентов с длительным пребыванием, и, как следствие, самый значимый в возникновении рецидива употребления ПАВ после выписки. Убежденность пациентов в способности самостоятельно контролировать свои отношения с ПАВ лишает их мотивации на терапию от зависимости, и поэтому требует коррекции в первую очередь. Применение в работе с такими пациентами в ходе психотерапевтической и психокоррекционной работы мотивационного интервью для повышения настроения на борьбу с зависимостью, разрушение патологических убеждений, поддерживающих зависимость, может повысить эффективность проводимого лечения.

ВЫВОДЫ

Перспектива видится в обсуждении результатов тестирования с пациентом с пояснением заблуждений, которые мешают его лечению от зависимости, а также в использовании их в индивидуальной и, что более эффективно при терапии зависимостей, групповой психотерапевтической работе. Тестирование и клиническое обследование для выявления наркологической анозогнозии и мотивированности на лечение в динамике возможно использовать и для определения прогноза вероятности рецидива злоупотребления ПАВ при оценке риска социальной опасности перед рассмотрением вопроса об изменении принудительной меры медицинского характера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в терапии зависимости от ПАВ нуждается значительная часть пациентов, находящихся в психиатрических стационарах принудительного лечения. В отсутствии организационно-правовых основ для оказания таким больным специализированной наркологической помощи в условиях психиатрического стационара, повысить эффективность лечения невозможно без работы с химической зависимостью пациента врачей-психиатров и психологов. Это относится прежде всего к психотерапевтической и психокоррекционной групповой работе. Использование методик исследования наркологической анозгнозии и мотивированности на лечение может стать одним из разделов данной работы и позволит оценить ее эффективность в динамике. Вместе с тем, хотелось бы обратить внимание на определенные ограничения нашего исследования. В настоящее время размер выборки предполагает его увеличение и, кроме того, следует обращать внимание и на нозологическую составляющую участников исследования, на фоне которой развилась химическая зависимость.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией этой статьи

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует нормам современных этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зиновьев С.В. Проблемы «двойного диагноза» в современной отечественной наркологии// Вестник Санкт-Петербургского университета. 2011. №1.
2. Овсянников М. В. Аддитивные расстройства у больных шизофренией: клинко- биохимическое исследование : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.45, 14.00.18 / Овсянников Марк Вадимович; [Место защиты: Нац. науч. центр наркологии Росздрава]. - Москва, 2008.
3. Рыбакова Ю.В. Алкогольная анозгнозия: методика оценки и взаимосвязь с клиническими и психосоциальными характеристиками больных : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.01.27 / Рыбакова Юлия Валерьевна; [Место защиты: ГУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт"].- Санкт-Петербург, 2012.
4. Ненастьева А.Ю. Психометрические шкалы в современной клинической наркологии// Вопросы наркологии. 2018.№7.
5. Методика оценки анозгнозии у больных алкоголизмом : методические рекомендации / Ю. В. Рыбакова [и др.]. — СПб. : ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева» Минздрав-соцразвития РФ, 2011. — 37 с.
6. Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatriki*. 2019;30(1):13-16. doi:10.22365/jpsych.2019.301.13
7. David AS. Insight and psychosis: the next 30 years [published online ahead of print, 2019 Oct 18]. *Br J Psychiatry*. 2019;1-3. doi:10.1192/bjp.2019.217
8. Andersen TH, Kappers D, Sneider B, Uggerby P, Nielsen J. Involuntary treatment of schizophrenia patients 2004-2010 in Denmark. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(4):312-319. doi:10.1111/acps.12144
9. Черепкова Е.В., Бохан Н.А. Клиническая динамика личностных расстройств в структуре «двойного» диагноза у потребителей психоактивных веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 1 (58). – С. 25-29.



Судебная психиатрия

УДК: 616.89

Для цитирования: Шиншина Н.Н., Сазонова Т.А., Патер С.А., Дулатова К.И., Антропова И.М. Об особенностях комплексной оценки аффекта у несовершеннолетних обвиняемых. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 2 (25): 17-21. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10208

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ АФФЕКТА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБВИНЯЕМЫХ

Н.Н. Шиншина, Т.А. Сазонова, С.А. Патер, К.И. Дулатова, И.М. Антропова

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

shinshinan@bk.ru

Аннотация

В практике проведения КСППЭ несовершеннолетних вопросы, касающиеся особенностей эмоционального состояния подэкспертного в момент совершения общественно-опасных деяний, задаются судебно-следственными органами достаточно часто. Это связано с тем, что констатация аффекта существенно влияет на определение ответственности подозреваемого (обвиняемого) и смягчение его наказания. В статье представлен клинический случай обвиненного в убийстве своего отца подэкспертного У., 16 лет, находившегося в условиях длительной психотравмирующей ситуации, связанной с систематическим аморальным поведением потерпевшего.

Ключевые слова: психотравмирующая ситуация, аффект, несовершеннолетние, убийство, экспертиза

ABOUT THE PECULIARITIES OF AN INTEGRATED ASSESSMENT OF THE AFFECT IN ACCUSED MINORS

N.N. Shinshina, T.A. Sazonova, S.A. Pater, K.I. Dulatova, I.M. Antropova

Abstract. In the practice of conducting CJECPE of minors, questions regarding the characteristics of the emotional state of the expert at the time of the commission of socially dangerous acts are often asked by the judicial investigating authorities. This is due to the fact that the statement of affect significantly affects the definition of responsibility of the suspect (accused) and mitigation of his punishment. The article presents a clinical case of an under-expert U., aged 16, accused of the murder of his father, who was in a prolonged psycho-traumatic situation related to the systematic immoral behavior of the victim.

Keywords: fiction, psychopathology, concept of the personality.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В практике проведения КСППЭ несовершеннолетних вопросы, касающиеся особенностей эмоционального состояния подэкспертного в момент совершения общественно-опасных деяний, задаются судебно-следственными органами достаточно часто. Это связано с тем, что констатация аффекта существенно влияет на определение ответственности подозреваемого (обвиняемого) и смягчение его наказания.

Установление наличия или отсутствия у обвиняемого (подозреваемого) состояния аффекта в момент совершения преступления, входит в компетенцию комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

В ходе проведения экспертизы аффекта у несовершеннолетнего обвиняемого (подозреваемого) задачами психологического исследования являются:

-определение состояния и психологических механизмов, лежащих в основе поведения подэкспертного во время совершения преступления. Проводится путем анализа материалов уголовного дела и других документов, проведения экс-

периментально-психологического исследования (ЭПИ) личности несовершеннолетнего;

-оценка выявленных механизмов с точки зрения их соответствия критериям аффекта или эмоционального состояния, ограничивающего способность подэкспертного к осознанной регуляции поведения.

В практике судебной экспертологии выделяются несколько видов аффекта: физиологический, кумулятивный.

Согласно данным амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодниковой, в период с 2015 по 2019 год только в одном случае было установлено состояние аффекта у несовершеннолетнего подозреваемого. Данное обстоятельство обусловлено возрастными особенностями психического развития подростка. В этот онтогенетический период свойственны неустойчивость эмоций, склонность к непосредственному эмоциональному отреагированию возникающего психического напряжения по незначительным поводам. Кроме того, еще недостаточно сформированными остаются личностные механизмы волевой регу-

ляции эмоций, недостаточная сформированность механизмов личностной защиты, трудности нахождения конструктивных решений в субъективно сложных и эмоционально насыщенных ситуациях, недостаточная сформированность прогноза возможных последствий своих действий. Немногочисленные случаи диагностики аффекта несовершеннолетних подозреваемых (обвиняемых) демонстрируют его отличительные особенности по сравнению со взрослыми. По мнению специалистов, аффект несовершеннолетних обвиняемых (подозреваемых), как правило, носит кумулятивный характер, т.е., аффективное состояние у подростков возникает не в результате единичного воздействия, а вследствие пролонгированной психотравмирующей ситуации (насилие и жестокое обращение в семье, систематические издевательства со стороны сверстников и др.), которая не находит своего конструктивного разрешения.



Динамика протекания аффективных реакций также имеет свою специфику. Так, если у взрослых после первых двух фаз (доаффективной и аффективного взрыва) в большинстве случаев отмечаются явления физической и психической астении (третья стадия), то у подростков на выходе из аффективного состояния чаще всего встречается дезорганизация как психики, так и поведения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Подэкспертный У., 16 лет, обвинялся в убийстве своего отца. Его наследственностьотяжена алкоголизмом отца. Родился в полной семье. Около 2-х лет родители развелись, но продолжали проживать совместно. В семье двое детей, имел старшую сестру. Родился здоровым, без каких-либо отклонений. Беременность и роды протекали нормально. Развивался в соответствии с возрастом. Посещал детские дошкольные учреждения. В школу пошел с 7 лет. В начальных классах учился без троек, затем успеваемость снизилась, учился на хорошо и удовлетворительно, классы не дублировал. Поведение в школе не страдало, от учителей жалоб не поступало. Закончил 9 классов. Учится среднее, на оценки «3» и «4». До 8 класса посещал секцию по тяжелой атлетике в спорткомплексе, имел первый

взрослый разряд по гиревому спорту. Принимал участие в Областных соревнованиях. Также увлекается техникой, картингом, рэпом. Участвовал в КВН. Имел друзей, с которыми совместно слушал музыку, гулял, играл в карты. Обучался в детском объединении «Молодые лидеры» с 2014 года. Зарекомендовал себя, как добросовестный, ответственный, лидер детского объединения. Отзывчивый, справедливый и добрый человек. У. входил в состав волонтерского отряда, принимал активное участие в волонтерской работе, участвовал в акциях, спортивных соревнованиях, пропагандирует здоровый образ жизни, уважительно относится к взрослым, оказывает необходимую помощь. У. пользовался авторитетом среди сверстников и уважением среди взрослых. У. учителями характеризовался только с положительной стороны. Мальчик спокойный, трудолюбивый, ко взрослым относился уважительно. Поведение в школе хорошее, социальные установки правильные. С мамой и сестрой у него хорошие отношения. С отцом у него были напряженные отношения, он на протяжении длительного времени часто оскорблял У., называл «выродком», ставил под сомнение свое отцовство, старался унижить этим ребенка. У. старался не общаться с отцом, не разговаривал с ним. Из материалов уголовного дела известно, что 15.05.2016 г. У. из личных неприязненных отношений, умышленно с целью причинения смерти В. нанес последнему не менее 4 ударов деревянной палкой в область головы слева, причинив открытую черепно-мозговую травму, повлекшую смерть потерпевшего на месте происшествия 15.05.2016 г. С целью сокрытия трупа У. перенес труп В. к юго-востоку от приусадебного участка и захоронил в яму в 2,1 м от забора приусадебного участка. Согласно экстренному сообщению у В. были обнаружены следующие повреждения: открытая черепно-мозговая травма, перелом костей свода основания черепа (принесших тяжелый вред), посмертное отчленение правой верхней конечности (без вреда). Мать подэкспертного показала, с отцом у сына были плохие отношения. Отец всегда грубо с ним обращался, обижал его, унижал. Возненавидел сына после того, как с одиннадцати сын стал заступать за нее. В. грубо общался со всеми членами семьи, неоднократно избивал ее, сильно бил дочь. В. мог не давать сыну спать, говорил, что убьет его, чтоб сын «сдох». Сын из-за того, что отец его унижал, сильно переживал. Он боялся отца, но с трудом переносил его издевательства, когда отец приезжал с вахты и находился дома. В. провоцировал сына, когда тот подрос. Он оскорблял ее, сына для того, чтобы спровоцировать драку. Видя, что сын еле сдерживается, он говорил: «Ударь, ударь меня». Два раза сын не выдержал, ударил отца. Один раз заступился за нее, другой раз заступился за сестру. Официально развелась с В., но проживали в одном доме. т.к.

муж не желал оставлять нам дом, не хотел продать его. Он сказал, что сожжет дом, но им он не достанется. Последние три года он не был официально трудоустроен, но ездил на работу вахтовым методом. Между вахтами он занимался тем, что злоупотреблял спиртным. Спиртное употреблял каждый день, прекращал пить только дней за пять до отъезда. Свидетель Г. (директор школы) сообщал, что семья У. некоторое время стояла на учете как находящаяся в социально-опасном положении в связи с тем, что глава семьи В. злоупотреблял спиртным, применял насилие в отношении членов семьи. С каждым годом он все больше злоупотреблял спиртным. Он грубый, склонный к насилию человек. Постоянно оскорблял, унижал жену и детей, неоднократно применял насилие в отношении них. Свидетель Ж. сообщал, что У. несколько раз говорил, что не знает как ему поступить. Он собирался уезжать в город Омск учиться после окончания 9 класса, но боялся оставлять мать с отцом. В. ранее состоял на профилактическом учете в ПДН ОМВД России по Нижнеомскому району с 01.05.2014 по 16.10.2015 как родитель, отрицательно влияющий на своего несовершеннолетнего сына У. В отношении В. было возбуждено уголовное дело по ч. 1 ст. 116 УК РФ, в ходе ссоры, возникшей на почве личных неприязненных отношений к У., нанес последнему один удар кулаком правой руки в область грудной клетки, причинив последнему физическую боль и телесные повреждения в виде ушиба грудной клетки. В отношении У. была проведена амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, при проведении которой комиссия пришла к заключению, что У. хроническим психическим расстройством, слабоумием, или иным болезненным состоянием психики, лишившим его способности осознавать фактический характер и общественную опасность действий и руководить ими не страдал и не страдает таковым в настоящее время. Он не обнаруживал также и признаков временного психического расстройства, о чем свидетельствует сохранность ориентировки в окружающем, отсутствие в его поведении и высказываниях в тот период признаков бреда, галлюцинаций, иных психопатологических симптомов.

При экспериментально-психологическом исследовании У. в контакт вступал охотно, дистанцию удерживал. В беседе был доброжелателен, открыт. Визуальный контакт поддерживал. Эмоционально устойчив. Эмоциональные и мимические реакции живые, непосредственные. Настроение ровное. Речь грамматически правильная. Словарный запас достаточный, соответствует возрастному периоду. Суждения просты, адекватны. На вопросы отвечал по существу, развернуто. Критические и прогностические способности не нарушены. Пояснял, что с

отцом практически не общался, «только когда он трезвый и то, привет, пока». С 7 лет, «все началось я мог получать ремнем, мог просто ударить, оскорбить: дебил, придурок, дурак, щенок, у...бок». Сколько помнит, отец всегда ругался с матерью, обижал сестру.



С 6 класса, когда стал заниматься спортом, начал давать отпор отцу. Сначала вставал между ним и мамой, затем уже мог отца оттолкнуть и ударить. В 8 классе уже спокойно мог постоять за себя. Если находился дома, то отец мог только оскорблять мать, физически к ней не прикасался, руки не распускал. Мама развелась с ним два года назад. Отец прописан в данном доме. Самостоятельно уходить не хотел. Ходили, узнавали можно ли выселить отца. Сказали, покупайте ему жилье, а денег не было. Мама подала на него на алименты. Мама сказала отцу, чтобы он ушел, тогда он откажется от алиментов. В ответ на это отец сказал: «где я еще найду такую дуру». В мае 2016 года мама уехала в Омск к сестре понычаться с внучкой. Попросила не говорить отцу где она.



Отец был пьяный, спрашивал, отвечал, не знаю. В воскресенье мама приехала, пошел ее встретил, покормили скот. Отец перед этим пил ежедневно на протяжении трех недель. Увидел мать, стал возмущаться почему, «я ему не сказал». Поэтому поводу предъявлял претензии матери. Подумал, выйду, если что, то услышу. Зашел в мастерскую, стал обтачивать заднюю ось. Отец пришел, подошел к нему, стал предъявлять претензии, заявив, «ты что, ушлепок, мне

не сказал». Ответил ему, что не знал. В ответ на это отец сказал, «что ты пи...ишь (нецензурное выражение) мне». Попросил его уйти, проспать, что в таком состоянии с ним разговаривать не будет. Говорил не громко, но и не тихо. Отец хотел его с кулака ударить. Отошел, вернулся. Отец схватил ось, ей стал замахиваться. Стал отходить назад. Ось несколько раз пролетела мимо лица. Отходил, споткнулся, упал в угол. Не мог повернуться ни влево ни вправо. Отец стал замахиваться этой осью сверху вниз. Схватил палку, поставил впереди блок. Отец ударил по этой палке осью. Затем отошел в сторону. Воспользовался моментом, вскочил, «мне надо было либо бежать, либо остаться. Не знал, что делать. Не было времени подумать, все произошло так быстро». Отец быстро замахнулся, отпрыгнул в сторону, ударил отца по руке палкой, в локоть. Он перехватил палку в другую руку, стал замахиваться. Ударил отца по голове, он упал на пол, «начал стонать, говорить, ты жить не будешь, ты сдохнешь и мать твоя сдохнет». Испугался, ударил два или три раза по голове, потом увидел лужу крови. Отец уже не двигался. Испугался. Отошел к столбу, стоял, опершись на него, стоял минут 10-15, не знал что делать. Идти домой и рассказать матери. Было сильно страшно. Увидел лопату, пошел, хотел выкопать яму. Отца взял и унес за ограду. Говорит, что за оградой обрыв и речка. Стал выкапывать ему яму. Позвонила мама, спросила, где он. Сказал, что сейчас придет. Сколько выкопал, столько и выкопал, сантиметров 40, положил туда отца, присыпал. Затем отнес лопату обратно, поставил. Затем пошел, умылся в бочке, т.к. был в крови. До 5 часов не мог заснуть. Мама спросила, почему не спит. Перед этим мама с сестрой попали в аварию в городе Омске. Ответил, что переживает по этому поводу. Мама налила ему корвалола. Потом еще 2-3 недели плохо спал. В дальнейшие дни телефон отца вместе с палкой, одеждой сжег. Говорит, что была такая идея скинуть отца в речку, чтобы не нашли, но не смог подойти к этому месту.

При экспериментально-психологическом исследовании нарушений со стороны интеллектуально-мнестических функций не выявлено (достаточный темп психической работоспособности, достаточный тонус активного внимания, мнестические процессы (кратковременная, долговременная память) в норме, мыслительные операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование) доступны.

Индивидуально-психологические особенности характеризовались общительностью, позитивной самооценкой, эмоциональной отзывчивостью, уравновешенностью, склонностью следовать конвенциональным формам поведения (форма поведения и деятельности в рамках этических и правовых норм) с тенденцией к избеганию конфликтных ситуаций, избега-

ние агрессивных форм поведения, стремлением строить свое поведение в соответствии с ожиданиями окружающих людей. В конфликтных, фрустрирующих условиях подэкспертному в силу недостаточной сформированности личностных механизмов (возрастные особенности психического развития подростков) волевой регуляции эмоций свойственны трудности самостоятельного конструктивного решения проблем со стремлением к разрешению их путем собственных усилий, без достаточного прогноза их последствий с непосредственным эмоциональным отреагированием возникающего психического напряжения.



Согласно заключению медицинского психолога: психологический анализ материалов настоящего уголовного дела, данных направленной беседы, настоящего экспериментально-психологического исследования свидетельствует о том, что У. в момент совершения правонарушения находился в состоянии аффекта, возникшего на фоне длительной нарастающей психотравмирующей семейной обстановки вследствие систематического аморального поведения потерпевшего с нарастанием психического напряжения, страхом и тревогой за мать (свидетель Ж: «несколько раз говорил, что не знает как ему поступить. Он собирался уезжать в город Омск учиться после окончания 9 класса, но боялся оставлять мать с отцом»). Кроме того, накоплению эмоционального напряжения способствовали индивидуально-психологические особенности У. в виде склонности следовать конвенциональным формам поведения (форма поведения и деятельности в рамках этических и правовых норм) с тенденцией к избеганию конфликтных ситуаций, избегания агрессивных форм поведения, стремления строить свое поведение в соответствии с ожиданиями окружающих людей, а также в конфликтных, фрустрирующих условиях подэкспертному в силу недостаточной сформированности личностных механизмов волевой регуляции эмоций свойственны трудности самостоятельного конструктивного решения проблем со стремлением к разрешению их путем собственных усилий, без достаточного прогноза их последствий с непо-

средственным эмоциональным отреагированием возникающего психического напряжения и способствовали возникновению эмоционального возбуждения, что в ситуации правонарушения оказали существенное влияние на его поведение, дезорганизовав психическую деятельность, ограничив возможность сознательно руководить своими действиями без достаточного прогноза возможных последствий. Анализ событий, непосредственно предшествующих правонарушению, показывает, что поводом для возникновения конфликтной ситуации в день правонарушения послужили нейтральные действия со стороны подэкспертного «в мае 2016 года мама уехала в Омск к сестре помянчиться с внучкой. Попросила не говорить отцу, где она. Увидел мать, стал возмущаться почему, «я ему не сказал», на которые потерпевший отреагировал агрессивно «отец пришел, подошел к нему, стал предъявлять претензии заявив, «ты что уцлепок мне не сказал». Ответил ему, что не знал.

В ответ на это отец сказал, «что ты п....шь мне», при этом попытался разрешить конфликт с помощью адекватного способа в данной ситуации-путем избегания конфликта, «попросил его уйти, проспаться, что в таком состоянии с ним разговаривать не будет. Говорил не громко, но и не тихо». Однако отец продолжал его оскорблять, нападать на него «отец хотел его с кулака ударить. Отошел, вернулся. Отец схватил ось, ей стал замахиваться. Стал отходить назад. Ось несколько раз пролетела мимо лица. Отходил, споткнулся, упал в угол. Не мог повернуться ни влево ни вправо. Отец стал замахиваться этой осью сверху вниз. Схватил палку, поставил впереди блок. Отец ударил по этой палки осью». Действия потерпевшего, на фоне дефицита времени для принятия какого-либо решения («мне надо было либо бежать, либо остаться. Не знал, что делать. Не было времени подумать, все про-

изошло так быстро»). способствовали дальнейшему нарастанию эмоционального напряжения, возникновению ощущения субъективной безвыходности и непереносимости психотравмирующего воздействия, чувства панического страха, а также последняя реплика потерпевшего «ты жить не будешь, ты сдохнешь и мать твоя сдохнет» была воспринята подэкспертным как непосредственная угроза для его жизни и обусловили развитие выраженного эмоционального состояния в форме аффекта.

В момент правонарушения у У. отмечалось кратковременное состояние растерянности, изменения чувства времени «оперся о столб, в голове была каша, много мыслей. Они все сразу были в моей голове. Они быстро бежали в ней», вегетативные проявления «внутри все сжалось», что сопровождалось недостаточным осмыслением происходящего «не мог понять, что произошло, ничего не видел вокруг себя». Последующие действия подэкспертного после правонарушения носили в целом характер поведенческих клише, что свойственно протеканию для постаффективной фазы признаков аффекта у подростков и возникновением тревожного состояния «не мог уснуть, переживал, мама поила корвалолом. Две-три недели еще спал плохо, настроение было подавленным...пил корвалол».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как следует из анализа материалов настоящего уголовного дела на протяжении нескольких лет до совершения правонарушения У. находился в условиях длительной психотравмирующей ситуации, связанной с систематическим аморальным поведением потерпевшего в виде систематического унижения чести и достоинства, физического насилия, которая носила повторяющийся, угрожающий характер.



Психотерапия и реабилитация

УДК: 616.89

Для цитирования: Арсланов Д.Р., Дроздовский Ю.В. Динамика трудовой занятости пациентов, перенесших первый психотический эпизод. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 2 (25): 22-25. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10209

ДИНАМИКА ТРУДОВОЙ ЗАНЯТОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

Д.Р. Арсланов¹, Ю.В. Дроздовский¹

¹ ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава России

cerebrum3@mail.ru

Аннотация

В статье представлены результаты изучения показателей трудовой деятельности пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении. Цель исследования состояла в изучении типов адаптации пациентов, перенесших первый психотический эпизод, динамику их трудовой занятости и её влияние на качество жизни. восстановление и поддержание трудового статуса среди этих пациентов, после первой госпитализации, снижает риск повторных госпитализаций в стационар. Особенно это сказывается на пациентах, занятых высококвалифицированным трудом. Пациенты, работающие по специальности без снижения квалификации, а также пациенты, удовлетворенные работой, достоверно реже имеют повторные госпитализации в стационар. В свою очередь пациенты, не удовлетворенные работой или утратившие её в связи с заболеванием, имеют более высокий риск регоспитализаций.

Ключевые слова: шизофрения, первый психотический эпизод, адаптация, трудовая занятость

DYNAMICS OF LABOR ADJUSTMENT IN PATIENTS WITH FIRST-EPISODE PSYCHOSIS

D. R. Arslanov, Yu. V. Drozdovskiy

Abstract. The article presents the results of labor activity indicators investigation in patients diagnosed with first-episode psychosis in schizophrenia. The aim of the study: investigate types of adjustment types of patients who underwent the first episode psychosis, the dynamics of their employment, and its impact on the quality of life. Restoration and maintenance of labor status among these patients, after the first hospitalization, reduce the risk of re-hospitalization. This especially affects patients engaged in highly skilled labor. Patients who work by profession without a reduction in qualifications, as well as patients who are satisfied with their work, are reliably less likely to have repeated hospitalizations in the hospital. In turn, patients who are not satisfied with work or who have lost it due to the disease have a higher risk of rehospitalization.

Keywords: schizophrenia, first episode psychosis, adjustment, employment

ВВЕДЕНИЕ

«Первый приступ» шизофрении характеризуется не только биологическими и психологическими, но и социальными изменениями [1]. В связи с этим, помимо проводимой фармакологической терапии, немаловажное значение у пациентов, перенесших первый психотический эпизод, оказывает психосоциальная реабилитация [2]. В условиях сложившейся биопсихосоциальной парадигмы в психиатрии, достоверным критерием эффективности лекарственного лечения признается уровень социально-трудовой адаптации [3], а в качестве одного из критериев эффективности психосоциальной реабилитации психически больных людей, наряду с редукцией психопатологической симптоматики, рассматривается динамика трудовой занятости [4,5]. Обнаруживаются положительные корреляционные связи между показателями качества жизни больных шизофренией и трудоустройством [6,7]. В свою очередь, частота регоспитализаций в стационар является одним из показателей тяжести течения заболевания. Учитывая качество жизни пациентов, отражающее субъективное восприятие им своего положения и удовлетворенность составляющими своего поло-

жения, при проведении психосоциальной реабилитации, комплексная терапия становится личностно ориентированной, а не только терапией, направленной на симптомы заболевания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить типы адаптации пациентов, перенесших первый психотический эпизод, динамику их трудовой занятости и её влияние на качество жизни.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 61 пациент (34 женщины и 27 мужчин) в отделении первого психотического эпизода БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» с верифицированными на основании критериев МКБ-10 диагнозами параноидной и приступообразной шизофрении (F20.0; F25.). В соответствии с критериями «первого психотического эпизода» длительность заболевания таких пациентов не превышала 5 лет с момента первого приступа и в анамнезе не более 3-х госпитализаций. Критериями исключения были злоупотребление психоактивных веществ и органические заболевания головного мозга. Основные методы

исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, статистический.

Инструментом изучения типов адаптации являлась «Шкала клинических и социальных уровней адаптации» [14]. Для изучения качества жизни пациентов, перенесших первый психотический эпизод, использовался «Опросник социального функционирования и качества жизни психически больных» [15].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Типы адаптации, выявленные у исследуемых групп, представлены в табл. 1: интегративный (40,9%), экстравертный (27,9%), интравертный (19,7%) и деструктивный (11,5%).

У большинства пациентов с РГ установлен наиболее благоприятный тип адаптации – интегративный, сочетающий компенсированную клиническую и социальную адаптацию – 16 пациентов (64,0%). Интравертный тип адаптации в этой группе пациентов встречался вдвое чаще, чем экстравертный – у 6 (24,0%) и 3 (12,0%) пациентов соответственно. Пациентов с деструктивным типом адаптации в группе с РГ не было

Таблица 1

Типы адаптации пациентов, перенесших первый психотический эпизод

Типы адаптации	РГ		ЧГ		χ^2	ВСЕГО	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Интравертный	6	24,0	6	16,7	0,5	12	19,7
Экстравертный	3	12,0	14	38,9	5,31*	17	27,9
Деструктивный	0	0	7	19,4	5,49*	7	11,5
Интегративный	16	64,0	9	25,0	9,28*	25	40,9
ВСЕГО	25	100,0	36	100,0	-	61	100,0

Примечание: * - отмечены χ^2 (степень свободы = 1, $p < 0,05$)

У большинства пациентов с ЧГ выявленный тип адаптации соответствовал экстравертному (38,9%), характеризующемуся сочетанием компенсированной клинической адаптацией и декомпенсированной социальной адаптацией – этот показатель был достоверно выше, чем в группе пациентов с РГ ($p < 0,05$). Интегративный тип адаптации установлен у четверти пациентов (25,0%) и

в 2,5 раза реже, чем в группе пациентов с ЧГ ($p < 0,05$). Практически в равном количестве типы адаптации среди пациентов с ЧГ соответствовали деструктивному (19,4%) и интравертному (16,7%), характеризовавшимся декомпенсированной клинической адаптацией в сочетании с декомпенсированной и компенсированной социальной адаптацией соответственно.

Таблица 2

Изменение трудовой деятельности пациентов

Род деятельности		До 1-й госпитализации		После выписки					
				Не изменился		Смена работы, трудоустройство		Увольнение или отчисление	
		РГ	ЧГ	РГ	ЧГ	РГ	ЧГ	РГ	ЧГ
Учащийся вуза / ССУ	Абс	3	7	3	4	0	0	0	3
	%	12,0	19,4	12,0	11,1	0	0	0	8,3
	χ^2	0,6		1,84		0		1,84	
Неквалиф. труд	Абс	6	12	5	7	0	1	1	4
	%	24,0	33,4	20,0	19,4	0	2,8	4,0	11,2
	χ^2	0,62		1,13		0,53		0,55	
Высококвалиф. труд	Абс	11	9	7	3	3	1	1	5
	%	44,0	24,9	28,0	8,3	12,0	2,8	4,0	13,8
	χ^2	2,42		1,82		0,81		5,01*	
Безработный	Абс	5	8	3	7	2	1	0	0
	%	20,0	22,3	12,0	19,5	8,0	2,8	0	0
	χ^2	0,04		1,31		1,31		–	
Итого	Абс	25	36	18	21	5	3	2	12
	%	100	100	72,0	58,3	20,0	8,4	8,0	33,3

Примечание: * - отмечены χ^2 (степень свободы = 1, $p < 0,05$)

Как следует из данных, представленных в табл. 2, среди пациентов с РГ до поступления в стационар преобладали занятые высококвалифицированным трудом (40,0%), большая часть которых вернулась на прежнее место работы (28,0%). Остальные пациенты сменили место работы без снижения квалификации (12,0%) и лишь один пациент стал безработным после выписки (4,0%). Из числа пациентов, которые перед госпитализацией в стационар занимались неквалифицированным трудом (24,0%), только в одном случае пациент в дальнейшем уволился с прежнего места работы, в связи с моральной неудовлетворенностью (4,0%), а остальные вернулись на прежнее место работы (20,0%). В группе пациентов, не имевших постоянного места работы перед госпитализацией (20,0%), большая часть утратила её в течение 6 месяцев перед госпитализацией (16,0%), в том числе в связи с идеями отношения в адрес коллег и руководства (8,0%). После выписки из больницы из них так и не трудоустроились в дальнейшем (12,0%). Пациенты, учившиеся в ВУЗе или колледже перед госпитализацией (12%), продолжили обучение после выписки.

Среди пациентов из группы с ЧГ треть больных занимались неквалифицированным трудом перед первой госпитализацией (33,4%). Большая часть этих пациентов, после выписки из стационара, вернулась на прежнюю работу (19,4%), 4 пациента остались безработными (11,1%) и один пациент сменил место работы (2,8%). Среди пациентов, занятых высококвалифицированным трудом (24,9%), в большинстве случаев пациенты не справлялись с прежней работой и стали безработными (13,8%) – этот показатель был достоверно выше, чем в группе пациентов с РГ ($p < 0,05$). Остальные 3 пациента вернулись на прежнее место работы (8,3%) и один сменил работу со снижением квалификации (2,8%). Из числа пациентов, не имевших постоянной работы перед поступлением в стационар (22,3%), лишь в одном случае пациент трудоустроился на неквалифицированную работу после выписки (2,8%). Среди пациентов, учившихся в ВУЗе или колледже (19,4%), после выписки продолжили дальнейшее обучение 4 пациента (11,1%), отчислились 3 пациента (8,3%).

Таблица 3

Динамика трудовой занятости пациентов

Характеристика трудовой деятельности	Группы пациентов				χ2	Всего	
	РГ		ЧГ				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
По специальности без снижения квали-фикации	11	44,0	6	16,7	5,48*	17	27,9
По специальности со снижением квали-фикации	0	0	2	5,6	1,44	2	3,3
Смена профессии без снижения квали-фикации	2	8,0	5	13,9	0,5	7	11,5
Смена профессии со снижением квали-фикации	5	20,0	7	19,3	0,003	12	19,7
Не работает	6	24,0	15	41,7	2,04	21	34,4
Инвалид	1	4,0	1	2,8	0,07	2	3,3
Всего	25	100	36	100		61	100

Примечание: * - отмечены χ^2 (степень свободы = 1, $p < 0,05$)

Как следует из данных, представленных в табл. 3, среди пациентов с РГ большинство (44,0%) продолжали работать по специальности, без снижения квалификации – этот показатель был выше, чем в группе пациентов с ЧГ ($p < 0,05$). Пациентов, работающих по специальности со снижением квалификации, в группе с РГ не было. Не работающих пациентов было 6 (24,0%), а пациентов, которые сменили профессию со снижением квалификации – 5 (20,0%). Сменили профессию без снижения квалификации 2 пациента (8,0%) и 1 пациенту оформлена 3 группа инвалидности.

В группе пациентов с ЧГ преобладали неработающие – 15 пациентов (41,7%). Практически в равном количестве были пациенты, работающие

по специальности без снижения квалификации, и сменившие место работы со снижением квалификации – 16,7% и 19,3% соответственно. Незначительно меньше было пациентов, сменивших место работы без снижения квалификации (13,9%). Сменили профессию со снижением квалификации 2 пациента (5,6%) и 1 пациент получил 2 группу инвалидности.

Катамнестическое наблюдение за пациентами на протяжении 3-5 лет (или «в процессе исследования»), позволило получить данные о дальнейшей динамике их трудовой занятости (табл. 3) и её влиянии на качество жизни (табл. 4).

Удовлетворенность пациентов работой

Субъективная удовлетворенность	РГ		ЧГ		χ^2	Всего	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Удовлетворен полностью	13	52,0	6	16,7	7,1*	19	31,2
Скорее удовлетворен	4	16,0	5	13,9	0,05	9	14,8
Скорее не удовлетворен	0	0	7	19,4	5,66*	7	11,5
Не удовлетворен	1	4,0	2	5,6	0,08	3	4,9
Не работает	7	28,0	16	44,4	1,69	23	37,6
Итого	25	100	36	100		61	100

Примечание: * - отмечены χ^2 (степень свободы = 1, $p < 0,05$)

В группе пациентов с РГ преобладали «удовлетворенные работой полностью» – 13 пациентов (52,0%) – этот показатель был достоверно выше, чем в группе пациентов с ЧГ ($p < 0,05$). Неработающих, в том числе с инвалидностью, было 7 пациентов (28,8%). Пациентов, «скорее удовлетворенных» работой было 4 (16,0%). Один пациент из группы с РГ был «не удовлетворен» работой (4,0%).

Практически половина пациентов с ЧГ не работали – 16 пациентов (44,4%), в том числе 1 инвалид, и 7 пациентов (19,4%) – были «скорее не удовлетворены» работой. Ещё 2 пациента (5,6%) были «не удовлетворены» работой. Удовлетворенных работой полностью и скорее удовлетворенных было 6 и 5 пациентов соответственно (16,7% и 13,9%).

ВЫВОДЫ

Как известно, пик заболеваемости пациентов, перенесших первый психотический эпизод, приходится на молодой трудоспособный возраст. Проведенное исследование показало, что восстановление и поддержание трудового статуса среди этих пациентов, после первой госпитализации, снижает риск повторных госпитализаций в стационар. Особенно это сказывается на пациентах, занятых высококвалифицированным трудом. Пациенты, работающие по специальности без снижения квалификации, а также пациенты, удовлетворенные работой, достоверно реже имеют повторные госпитализации в стационар. В свою очередь пациенты не удовлетворенные работой или утратившие её в связи с заболеванием, имеют более высокий риск регоспитализаций.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Birchwood M., Todd P., Jackson C. Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. // Br. J. Psychiatry. 1998. - Vol. 172, Suppl. 33. -P. 53-59.
2. Масловский С.Ю., Козловский В.Л. Клинико-фармакологические аспекты развития эффектов при анти-

психотической терапии // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 2012, №2. С. 3-10.

3. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. (ред.). Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. М., Медпрактика-М. 2007. 260 с.

4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссия и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения по 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т.18, № 4. С. 34–39.

5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М., Медпрактика-М. 2004. 492 с.

6. Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics / C. Y. Hsiao, M. H. Hsieh, C. J. Tseng et al. // J. Clin. Nurs. – 2012. – 21 (15 – 16). – P. 2367 – 2376.

7. Quality of life in patients with schizophrenia: a study of 100 cases / L. Zouari, J. B. Thabet, Z. Elloumi et al. // Encephale. – 2012. – 38(2). – P. 111– 117.

8. Гурович И.Я. Вопросы внебольничной психиатрической помощи = Problems of extrahospital psychiatric aid / Сборник статей // М.: Труды Московского НИИ психиатрии (т. 84), 1979. С. 1–19.

9. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний: статистическое исследование. Рига: Зинатне. 1988. 235 с.

10. Либман Ю.И. Материалы клинко-статистического изучения популяции больных шизофренией (демографические данные и характеристики течения заболевания): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1971. 35 с.

11. Lewis T., Joice P.R. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions // Acta Psychiatr. Scand. 1990. Vol. 82, N 2. P. 130–135.

12. Долгов С.А. Частые госпитализации больных шизофренией в психиатрическую больницу: контингент, клиника, эпидемиология: Автореф. дисс. ... к.м.н. - М., 1994. 22 с.

13. Шашкова Н.Г., Бабушкина Е.И. Больные шизофренией с частыми и длительными госпитализациями и перспективы для них альтернативных форм помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, No 2. С. 107–111.

14. Логвинович, Г.В., Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. – Томск, 1995. – 216 с.

15. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 2. С. 35-40.

УДК: 616.89

Для цитирования: Гладков И.А., Гладкова О.А. Особенности психотерапии женщин с алкогольной зависимостью на этапе амбулаторной реабилитации. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 2 (25): 26-27. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10210

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

И.А. Гладков, О.А. Гладкова

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер»

nardok71@list.ru

Аннотация

Изменения социально-ролевых гендерных взаимоотношений в современном обществе побуждают к поиску новых подходов для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в наркологической практике. Важным фактором инициации ремиссии при алкогольной зависимости, в части случаев, является коррекция половых дисгамий. Задачи реабилитации женщин с алкогольной зависимостью имеют свою клинико-психологическую специфику. Выбор приемов коррекции определяется опытом врача или психолога, особенностями личности больных и прочими факторами. Необходимым завершением в формировании лечебной среды на восстановительном и реадационном этапах является групповое психотерапевтическое воздействие, а для части пациенток может стать весомым аргументом для и выхода в трезвость.

Ключевые слова: Шизофрения, дети, острое шизофреноподобное расстройство у детей, онейроид, кататония, оланзапин.

FEATURES OF PSYCHOTHERAPY OF WOMEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE AT THE STAGE OF OUTPATIENT REHABILITATION

I.A. Gladkov, O.A. Gladkova

Abstract. Changes in social-role gender relations in modern society prompts us to look for new approaches to increase the effectiveness of treatment and rehabilitation measures in narcological practice. Limiting the possibilities of rehabilitation in a hospital (for objective reasons) increases the importance of treatment at the outpatient stage. The tasks of rehabilitation of women with alcohol dependence do not differ from those of men, but they have their own clinical and psychological specificity. The choice of methods of psychological correction is determined by the experience of the doctor or psychologist, personality characteristics of patients and other factors.

Keywords: Psychotherapy, women with alcohol dependence, outpatient rehabilitation

ВВЕДЕНИЕ

Изменения социально-ролевых гендерных взаимоотношений в современном обществе побуждают к поиску новых подходов для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в наркологической практике. Ограничение возможностей реабилитации в условиях стационара (по объективным причинам) повышает значимость лечебных мероприятий на амбулаторном этапе. Задачи реабилитации женщин с алкогольной зависимостью не отличаются от таковых у мужчин, но имеют свою клинико-психологическую специфику. Укажем на различия в основных задачах:

1) Преодоление анозогнозии является первичным этапом в лечебно-реабилитационном процесс. У женщин анозогнозия поддерживается большим аффективным зарядом, что создает дополнительное сопротивление психотерапевтическому сопровождению. Другая особенность заключается в рационализации мотивов алкоголизации, как оправдание семейных конфликтов, одиночества, разводов, жизненных невзгод.

2) Формирование адекватного отношения к себе. Для женщин это имеет особенное значение. Неадекватная оценка личностных качеств (эмоционально-волевых и интеллектуальных) снижает самоуважение, социальную адаптивность, приво-

дит к утрате смыслов.

3) Коррекция дезадаптивных межличностных и семейных отношений. У женщин дезадаптивность стереотипов поведения проявляется в чрезмерной зависимости от близких и окружения или неоправданном стремлении к доминированию как конфликтному способу защиты. В общении с мужчинами преобладает сексуальный аспект над духовно-эстетическим и культурным. Часто алкоголизация женщины носит зависимый характер под потворствующим влиянием пьющего близкого мужчины не способного осмыслить свои и чужие алкогольные проблемы. В таких случаях оба партнера нуждаются в специфическом лечении, что снижает терапевтическую перспективность. Когда оба партнера вовлекаются в лечебный процесс, мужчины склонны возлагать большую часть вины на женщину за алкогольное прошлое. Среди мужей, остающихся в отношениях с пьющими женами, часто обнаруживаются признаки психологической, материальной, сексуальной или иной зависимости. Мужья отказываются участвовать в групповых и семейных формах психотерапии, где приходится обсуждать алкогольные и неалкогольные семейные проблемы при других. Важным фактором инициации ремиссии является коррекция половых дисгамий. Эмоциональные нарушения нередко поддерживаются ис-

каженными сексуальными стереотипами.

4) Преодоление кризиса ценностей для женщин является актуальной задачей. Необходимо переориентировать с эгоистических и утилитарных ценностей на альтруистические формы отношений с окружающими, повысить ценностную ориентацию на семью и уважение в социуме.

5) Нормализация аффективной сферы у женщин требует большего внимания, так как восстановление до относительной нормы затрачивает больше ресурсов, чем у мужчин.

6) Формирование адекватного отношения к медикаментозной терапии. Среди женщин нередко распространены полярные мнения относительно фармакотерапии, которые требуют коррекции. Первое - отрицание каких-либо специфических средств из-за переоценки личностных ресурсов в достижении трезвости. Второе - крайне избыточные ожидания от фармакотерапии до чудодейственного значения, что приводит к пассивности в психотерапевтическом взаимодействии и отсутствию готовности к решению внутри- и межличностных проблем.

7) Создание возможности длительных контактов с врачом и психологом более значимо для женщин, поскольку они более подвержены осуждению и изоляции в социальном и семейном окружении. Создание партнерских отношений с больной повышают уверенность в получении ей своевременной психологической поддержки в кризисной ситуации, особенно если она не вовлечена в групповые формы психотерапии.

ТАКТИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

Выбор приемов психологической коррекции определяется опытом врача или психолога, особенностями личности больных и прочими факторами. Среди множества тактических приемов, направленных на коррекцию отношений и убеждений больных, можно использовать наиболее распространенные:

1) Тактика «штурма» применима к больным неуверенным в себе, психастеничным, зависимым в отношениях, сомневающимся в собственных возможностях, не имеющих собственного мнения и «образа» болезни. Психотерапевта они воспринимают лидером, а себя – ведомыми. Эмоционально насыщенное воздействие приводит к ускоренному принятию больным позиции терапевта в ключевых вопросах лечения. К подобным больным применимы императивные формы гипноза, эмоционально-стрессовая психотерапия.

2) Тактика «позиционного давления» применима для сохраненных больных, но искаженно трактующих собственный жизненный опыт. Общение с таким больными происходит в форме дискуссии или сократического диалога. Эффективным способом трансформации их внутренней картины болезни может стать транзактный анализ. Основой поведения больных становится решения о целесо-

образности.

3) Тактика «конфронтации» применима в отношении больных с завышенной самооценкой, не критичностью к дефектным качествам своей личности, склонных к резонерству, демагогичности, алогизму. Однако уровень конфликта с пациентом не должен доводиться до разрыва, прекращения сотрудничества или психотравмы.

4) Тактика «паузы» уместна в отношении взрывных больных, агрессивных, со стойким аффективно заряженным негативизмом. Позицию терапевта при этом занимает нейтральную, по обсуждаемым вопросам дает уклончивые ответы, отвечает вопросом на вопрос: «Трудно сказать..., а что Вы сами думаете?» Эмоциональное присоединение позволяет уменьшить аффективность, начать коррекцию установок больных.

Разумеется, что все четыре тактики могут быть применимы к одним и тем же больным в течение всего курса психотерапии.

Необходимым завершением в формировании лечебной среды на восстановительном и реадaptационном этапах является групповое психотерапевтическое воздействие, а для части пациенток это может стать последним весомым аргументом для разрушения анозогнозии и выхода в трезвость. В основе воздействия лежит механизм психотерапевтической идентификации – когда пациентка соотносит свой патологический опыт и личностные переживания с проблемами других. Гомогенность группы по половому признаку, на начальном этапе, повышает эффективность группового воздействия, так как мужчины и женщины избегают обсуждения проблем в присутствии друг друга, а женщины особенно. Основой занятий являются дискуссии, исповедальные монологи, тематические рисунки, письменные самоотчеты, разыгрывание ролей, обсуждение научно-популярной и художественной тематической литературы. Второй аспект группового влияния заключается в транквилизирующем действии коллектива, когда женщина избавляется от чувства безысходности, отвержения и отчаяния в борьбе с зависимостью.

Продолжительность реабилитационного курса составляет 6-9 месяцев и более.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Б. М. Гузиков, В. М. Зобиев, А. А. Мейронян, Т. Г. Рыбакова «Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме». Метод. рекомендации МЗ СССР 1980.
2. «Руководство по психотерапии» под редакцией профессора В. Е. Рожнова. Издание 3-е «Медицина» УССР 1985.
3. В.В. Макаров «Избранные лекции по психотерапии» Москва 1999.

Возрастные аспекты психиатрии

УДК: 616.89

Для цитирования: Лафи Н.М., Дунаева В.Ю., Воробьев Е.С. Уровень тревожности у детей с расстройством личности органической этиологии в зависимости от семейного статуса. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 2 (25): 28-30. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10211

УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ОРГАНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО СТАТУСА

Лафи Н.М.¹, Дунаева В.Ю.¹, Воробьев Е.С.²¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России² БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

lafinadia@gmail.com

Аннотация

Проведено исследование уровня тревожности у приемных детей и их сверстников, воспитывающихся в родной семье с использованием шкалы явной тревожности CMAS в адаптации А.М. Прихожан на выборке из 42 детей 8-12 лет, находившихся на стационарном лечении в 10 (детском) отделении БУЗОО «КПБ им. Солодниковой» с диагнозом расстройство личности органической этиологии (F07.0). Статистически значимой связи между социальным статусом ребенка (воспитание в приемной или родной семье) и уровнем его тревожности выявлено не было.

Ключевые слова: тревожность, приемные дети, органическое расстройство личности

ANXIETY LEVEL IN CHILDREN WITH DISORDERS OF PERSONALITY OF ORGANIC ETHIOLOGY DEPENDING ON FAMILY STATUS

Lafi N.M., Dunaeva V.Yu., Vorobyov E.S.

Abstract. A study of the level of anxiety in adopted children and their peers brought up in their native family using the CMAS scale of explicit anxiety in the adaptation of A.M. Prihozhan on a sample of 42 children 8-12 years old, who were hospitalized in the 10th Department of the Omsk regional psychiatric hospital with a diagnosis of organic etiology personality disorder (F07.0). There was no statistically significant association between the child's social status (foster or native family upbringing) and the level of their anxiety..

Keywords: Anxiety, CMAS, adopted children

ВВЕДЕНИЕ

Психические и поведенческие расстройства детского возраста имеют высокую социальную значимость [2]. Психологическим проблемам приемных детей в последние годы уделяется значительное внимание специалистами разных сфер: психологами, педагогами, специалистами по социальной работе. Кроме того, эти дети чаще попадают в поле зрения психиатрической службы, у них выше выраженность депрессии, тревожности, расстройств личности и нарушений поведения по сравнению со сверстниками, воспитывающимися в родной семье [16].

В целом в популяции неврозы, возникающие в детстве, охватывают от 3% до 20% населения, а лидируют среди них именно тревожные расстройства [9]. Говоря о невротических расстройствах у детей, следует помнить, что тревожность как устойчивая личностная черта – это очевидный невротический фактор, поскольку она препятствует принятию ребенком себя и негативно влияет на эмоциональный комфорт [5]. Именно тревожность является наиболее частой эмоциональной проблемой в дошкольном возрасте, причем ситуации, порождающие тревогу, чаще всего связаны с нарушением чувства защищенности ребенка в семье [6]. Зарубежные исследователи отмечают, что

у взрослых, выросших в приемных семьях, повышается вероятность возникновения тревожных расстройств [16]. При этом, по-видимому, наследственные факторы не играют решающей роли в возникновении тревожных расстройств: связи между детской тревожностью у детей, с рождения воспитывавшихся в приемных семьях, и наличием проблем интернализации у кровных родственников найдено не было [11].

В этом контексте можно предположить, что на первый план в формировании невротических расстройств у детей выходят, по всей видимости, особенности семейных отношений. Травма привязанности, которая, вероятно, достаточно характерна для детей из приемных семей, оказывает свое влияние на развитие неврозов, в том числе, и на биологическом уровне [9]. При этом у детей, усыновленных в возрасте до 18 месяцев, социальные навыки развиты лучше, чем у тех, кто был усыновлен позднее, а у детей с недостаточно развитыми социальными навыками выше частота нарушений поведения [15].

При адаптации приемного ребенка в замещающей семье его психолого-педагогические проблемы могут быть связаны как с высоким уровнем личностной тревожности, несформированностью в силу возраста эмоционально-волевой сферы, так

и с прошлым жизненным опытом [3]. Косвенно это подтверждается данными зарубежных исследователей, сообщающими, что пребывание в институциональных учреждениях в раннем детском возрасте рассматривается как один из стрессовых факторов, и у детей, усыновленных из детских домов, больше проявлений тревоги, чем у их сверстников [12]. Аналогичные результаты получены другой группой исследователей, которые сообщают, что пребывание в специализированных учреждениях в раннем детстве связано с рано начинающимися и впоследствии сохраняющимися нарушениями развития ЦНС и позже возникающими эмоциональными проблемами. Их результаты указывают на риск развития депрессии и тревожности у таких детей при взрослении [13]. Также сообщается, что пребывание ребенка в первые недели жизни в условиях Дома ребенка в большинстве случаев приводит к нарушениям развития, личностным искажениям и психическим расстройствам [4]. Существует, впрочем, единичное наблюдение, в котором утверждается, что у приемных детей тревожные расстройства встречались гораздо реже, чем в контрольной группе, состоявшей из родных детей [14].

Помимо биологических (соматические заболевания, родовые травмы, патология беременности) и психологических факторов, на формирование невротических расстройств оказывают влияние и социальные факторы, к которым относится воспитание в замещающей семье, нарушения взаимоотношений в такой семье или развод замещающих родителей [4]. У дошкольников и младших школьников тревожность как один из факторов развития невротических расстройств возникает вследствие фрустрации потребности в защищенности со стороны ближайшего окружения, отражая неблагоприятные взаимоотношения с близкими взрослыми [7]. Ряд авторов указывает, что сам факт помещения в приемную семью не является фактором высокой тревоги, поскольку ребенок в любом возрасте психологически готов на замену, готов к построению новых отношений [1]. Существует мнение, что смена социальных отношений представляет для ребенка значительные трудности, а изменение окружающей обстановки приводит к эмоциональной напряженности и тревоге [8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить взаимосвязь социального статуса и уровня тревожности у детей 8-12 лет с расстройством личности органической этиологии (F07.0).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для реализации поставленной цели нами было проведено сплошное исследование 42 детей, находившихся на лечении в детском отделении БУЗОО «КПБ им. Солодниковой» с октября 2019 года по февраль 2020 года с диагнозом расстройство личности органической этиологии (F07.0). Возраст детей составил 11 [9;12] лет. В валидных процен-

тах девочки составили 16,3% (n=7), мальчики 81,4% (n=35). Из обследованных 15 человек воспитывалось в приемных семьях, 27 – в родных.

Для изучения уровня тревожности мы использовали шкалу явной тревожности CMAS в адаптации А.М. Прихожан, предназначенную для выявления тревожности у детей 8 – 12 лет. Поскольку большая часть детей испытывала трудности в чтении, нами был выбран устный способ предъявления: исследователь зачитывал каждый пункт и фиксировал ответ ребенка. Критерием исключения было значение по субшкале социальной желательности выше 9 баллов: таких детей было трое, в общее число обследованных они не вошли. Для изучения взаимосвязи качественных показателей нами был использован точный тест Фишера. Для статистической обработки полученных данных использовался пакет SPSS.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Говоря о результатах нашего исследования, следует обратить внимание на представленную далее таблицу (табл. 1). Гаациентов с несколько повышенным уровнем тревожности из приемных семей в процентном отношении больше, но при проведении анализа полученных результатов значимой связи между социальным статусом ребенка (воспитание в приемной или родной семье) и уровнем его тревожности выявлено не было.

Полученные нами результаты расходятся с данными зарубежных исследователей, которые, как мы указывали ранее, неоднократно сообщали о повышенном уровне тревожности среди детей, воспитываемых в приемных семьях. Однако при сопоставлении результатов следует учитывать то, что ими использовались иные методики измерения тревожности. Выбранная нами шкала явной тревожности CMAS в адаптации Прихожан является, насколько нам известно, единственной апробированной шкалой для оценки тревожности на русском языке для возрастной группы 8 – 12 лет. Однако эта шкала не способна дать качественный анализ особенностей проявлений тревожности у ребенка, а результаты дают лишь возможность констатировать ее наличие и степень выраженности без конкретизации причин [10]. Следует помнить, что опрашиваемые дети находились в стационарных условиях, то есть в условиях, для них непривычных, что может вызывать повышение уровня общей тревожности. Кроме того, большое количество вопросов (53 пункта), предъявляемых детям, приводило к их утомлению в процессе опроса: дети начинали отвлекаться, спрашивали, сколько вопросов осталось, прямо жаловались на усталость, в связи с чем нельзя исключить, что на часть заключительных вопросов ответы давались формально; ряд вопросов требовал пояснений: дети не могли понять формулировку (сложносочиненные предложения, буквальное понимание вопроса).

Таблица 1

Взаимосвязь уровня тревожности и социального статуса
у детей с органическим расстройством личности

Статус	Уровень тревожности					F	p
	Не характерно	Нормальный	Несколько повышенный уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень		
Приемная семья	0% (n=0)	33,3% (n=5)	53,4% (n=8)	13,3% (n=2)	0% (n=0)	21,519	.105
Родная семья	3,7% (n=1)	40,7% (n=11)	22,2% (n=6)	11,1% (n=3)	7,4% (n=2)		
Всего	2,3% (n=1)	32,2% (n=16)	49,2% (n=14)	11,6% (n=5)	4,7% (n=2)		

Примечание: F – точный критерий Фишера, p – уровень статистической значимости

Такие особенности могут быть обусловлены как соматическим и психическим состоянием детей (нам неизвестно о попытках применения шкалы CMAS для измерения уровня тревожности у детей с диагнозом F07.0), так и несовершенством самой шкалы: так, в англоязычной литературе встречаются указания, в частности, на то, что и здоровые дети испытывали затруднения при понимании вопросов 41, 47 и 52 субшкалы социальной желательности [17]. Именно эти вопросы чаще всего вызвали затруднения в понимании у детей. Также необходимо отметить, что мы никак не учитывали в исследовании социально-экономическое положение семьи, особенности детско-родительских отношений, что по литературным данным также оказывает значительное влияние на уровень тревожности. Наши данные подтвердили точку зрения Большаковой Л.Н., сообщавшей, что факт помещения в приемную семью как таковой не является фактором высокой тревоги [1].

ВЫВОДЫ

Исходя из полученных результатов, нельзя говорить о взаимосвязи уровня тревожности и социального статуса ребенка, однако для уточнения данных мы полагаем целесообразным расширить размер выборки, сформировать численно равные группы по социальному статусу и полу, учесть особенности детско-родительских отношений, социально-экономическое положение семьи. Также, с учетом указанных нами особенностей использованной нами шкалы CMAS, нам представляется необходимым использование альтернативного или дополнительного метода измерения тревожности.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Большакова Л. Н. Социально-психологическая адаптация родителей и детей в приемной семье : диссертация к. психологических наук : 19.00.07. - Ярославль, 2004. - 236 с.
2. Гранкина И. В., Крахмалева О. Е., Барышева О. М., Иванова Т. И. Опыт создания и использования программ реабилитации детей с психопатоподобными нарушениями на базе существующего психиатрического сервиса // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 2 (приложение). С. 65–66.
3. Декина Е.В., Шалагинова К. С., Залыгаева С. А., Самсонова Г. О. Проблемы психологической адаптации здоровых

- детей в замещающих семьях, принявших на воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вест. Московского гос. областного ун-та. 2019. №2. С.74-87.
4. Захарова Ж. А. Особенности воспитания приемного ребенка с невротическими проявлениями в условиях замещающей семьи // Технологии воспитания в общеобразовательных организациях. Костромской государственного университета. 2017. С. 179-183.
5. Исханова С. Г. Индивидуально-психологические предпосылки невротизации личности // Austrian Journal of Humanities and Social Sciences. 2014. С. 148–151.
6. Мазурова Н. В., Трофимова Ю. А. Взаимосвязь тревожности детей дошкольного возраста и стиля семейного воспитания // Вопросы современной педиатрии. 2013. №12(3). С.82-88. <https://doi.org/10.15690/vsp.v12i3.686>
7. Нехорошкова А. Н., Грибанов А. В. Тревожность у детей: причины и особенности проявления // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 5. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=14720>
8. Попкова М. А. Зависимость семейного воспитания на проявление тревожности у детей младшего школьного возраста // Проблемы современной науки и образования. 2014. №1. С. 12-14.
9. Рагулина О. А., Фокина А. В. Родительские практики, способствующие появлению неврозов у детей // Современная зарубежная психология. 2017. Т. 6, № 2. С. 46–53. doi:10.17759/jmfp.2017060205
10. Ромицына Е.Е. Сравнительный анализ тестов тревожности (на материале детей и подростков) // Сибирский психологический журнал. 2004. №20. С. 120-128.
11. Ahmadzadeh YI, Eley TC, Leve LD, et al. Anxiety in the family: a genetically informed analysis of transactional associations between mother, father and child anxiety symptoms. J Child Psychol Psychiatry. 2019;60(12):1269-1277. doi:10.1111/jcpp.13068
12. Burkholder AR, Koss KJ, Hostinar CE, Johnson AE, Gunnar MR. Early Life Stress: Effects on the Regulation of Anxiety Expression in Children and Adolescents. Soc Dev. 2016;25(4):777-793. doi:10.1111/sode.12170
13. Golm D, Maughan B, Barker ED, et al. Why does early childhood deprivation increase the risk for depression and anxiety in adulthood? A developmental cascade model [published online ahead of print, 2020 Feb 6]. J Child Psychol Psychiatry. 2020;10.1111/jcpp.13205. doi:10.1111/jcpp.13205
14. Kotsopoulos S, Côté A, Joseph L, et al. Psychiatric disorders in adopted children: a controlled study. Am J Orthopsychiatry. 1988;58(4):608-612. doi:10.1111/j.1939-0025.1988.
15. Megan M. Julian & Robert B. McCall (2016) Social Skills in Children Adopted From Socially-Emotionally Depriving Institutions, Adoption Quarterly, 19:1, 44-62, DOI: 10.1080/10926755.2015.1088106
16. Melero, S., Children and Youth Services Review (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.05.006>
17. Rie he. An exploratory study of the cmas lie scale. Child Dev. 1963;34:1003-1017.

УДК: 616.89

Для цитирования: Осипкина И.П. Диагностика и коррекция нарушений развития детей раннего возраста. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 2 (25): 31-32.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

И.П. Осипкина

Многопрофильный центр современной медицины «Евромед»

irinaos0765@mail.ru

Аннотация

Изучение психического здоровья детей раннего возраста – важная задача для профилактики нервно-психических нарушений, выявления отклонений в развитии детей от рождения до 3х лет с целью своевременной коррекции нарушенных функций, улучшения обучаемости и адаптации ребенка. В настоящее время стоит необходимость создания службы специалистов, оказывающих помощь детям раннего возраста (и их родителям) при выявлении отклонений в развитии. Для создания и развития такой службы необходимо использовать международный опыт и опыт нашей страны.

Ключевые слова: дети, патология развития, лечение, коррекция.

DIAGNOSTICS AND CORRECTION OF INFRINGEMENT DEVELOPMENTS OF CHILDREN OF EARLY AGE

I.P. Osipkina

Abstract. Studying the mental health of young children is an important task for the prevention of neuropsychiatric disorders, identifying deviations in the development of children from birth to 3 years in order to timely correct impaired functions, improve learning and adaptation of the child. Currently, there is a need to create a service of specialists assisting young children (and their parents) in identifying developmental disabilities. To create and develop such a service, it is necessary to use the international experience and the experience of our country.

Keywords: children, developmental pathology, treatment, correction

ВВЕДЕНИЕ

Изучение психического здоровья детей раннего возраста – важная задача для профилактики нервно-психических нарушений, выявления отклонений в развитии детей от рождения до 3х лет с целью своевременной коррекции нарушенных функций, улучшения обучаемости и адаптации ребенка.

В настоящее время обозначилась проблема психических нарушений у детей раннего возраста. Официальные статистические данные о заболеваемости этой возрастной группы отсутствуют. По данным Научного центра психического здоровья РАМН психические нарушения среди детей в возрасте от первых месяцев жизни до трех лет выявляются достаточно часто. Так, в начале 80-х годов на 100 малышей до 3-х лет приходилось 9 с психическими нарушениями и 30 составляли группу риска, то к концу 90-х годов таких детей выявлялось 15,5 и 35 соответственно.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ

Каким же образом выглядит ранняя диагностика нарушений развития у детей в настоящее время? Оценка физического и нервно-психического здоровья проводится педиатрами и неврологами детских поликлиник. Зачастую при осмотре детей раннего возраста оценивается, преимущественно, физическое состояние, а особенности или отставание в психическом развитии отмечается специалистами только при выраженных нарушениях. В настоящее время в профилак-

тических осмотрах принимают участие и психиатры (при оформлении ребенка в дошкольное учреждение или в 2 года). Во время этих осмотров могут быть выявлены различные нарушения в развитии детей – отклонения в эмоциональной, коммуникативной сферах, поведении, развитии речи, игровой, интеллектуальной деятельности. Например, большое количество детей в возрасте 2-2,5 лет перед оформлением в ДДУ не имеет фразовой речи. У части детей выявлены нарушения в эмоционально-волевой сфере, отставание в психическом развитии, аутистические или аутистичноподобные черты. При этом часто родители таких детей не предъявляли жалоб на отставание или особенности развития в связи с недостаточными представлениями о том, какими навыками и умениями может овладеть ребенок в данном возрастном периоде, следовательно, не предоставляли соответствующую среду, материалы для развития. Некоторые родители, отмечая нарушения, предпочитают думать, что «с возрастом пройдет», «догонит», «в садик пойдет – научится» и т.д. И потом, в раннем возрасте некоторые нарушения заметны только специалистам. Затем, по мере роста ребенка отклонения в развитии становятся более заметными или усугубляются при отсутствии адекватной помощи.

Выявление детей с нарушениями развития помимо профилактических осмотров происходит и при активном обращении родителей с различными жалобами. Причем в раннем возрасте (да и в более старшем) родственники предпочитают об-

ращаться к врачам педиатрам и неврологам, что возлагает на этих специалистов определенную ответственность в оценке предъявляемых жалоб, а также ставит задачу углубления знаний в области развития детей до 3х лет.

При подозрении на какие-либо отклонения в развитии ребенка необходимо провести тщательное медицинское обследование для исключения (или подтверждения) заболеваний, сопровождающихся нарушением психических функций. Назначение лечения в части случаев может привести к значительному улучшению состояния ребенка. Так, при наличии задержки речевого и психического развития, нарушениях в эмоциональной, волевой, коммуникативной сферах и определенных изменениях на электроэнцефлограмме (даже при отсутствии судорожных приступов), назначение специфического лечения приводит к улучшению развития ребенка.

В ряде случаев требуются консультации врачей разных специальностей - неврологов, генетиков, сурдологов, окулистов, психиатров. Если ребенок развивался соответственно возрасту до 1-1,5 лет, а затем утратил приобретенные навыки, речь, появились стереотипные движения, другие патологические проявления, необходимо обследование для исключения наследственного, генетического заболевания, болезней накопления. К сожалению, диагностика того или иного заболевания с отклонением в развитии ребенка, назначенное лечение не всегда приводят к ожидаемым результатам. Причин тому достаточно много - тяжесть заболевания, адекватность назначенного лечения, возраст выявления, выполнение родителями медицинских рекомендаций, оказываемая помощь в развитии ребенку в семье и вне ее, психологическая поддержка членов семьи. Зачастую, врач, назначая медикаментозное лечение ребенку, не может дать соответствующих рекомендаций родителям по воспитанию, развитию и обучению. В связи с этим, помимо медицинского, требуется обследование ребенка психологами, педагогами для определения уровня актуального развития, выявление дефицитов и ресурсов, выбор направления коррекции нарушенных функций.

Говоря о проблемах в развитии детей раннего возраста, нельзя забывать о том, кто окружает малыша в повседневной жизни. Важный вопрос - семья ребенка с проблемами развития. Каждый родитель мечтает видеть своего ребенка физически здоровым, своевременно развивающимся психически, активно познающим окружающий мир. С появлением ребенка расширяются (меняются) роли каждого члена семьи, а при рождении малыша с ограничениями в состоянии здоровья родственники сталкиваются со множеством трудностей - материальные, временные затраты, эмоциональное и физическое напряжение. Родственники малыша с особенностями развития переживают стресс, проходя различные стадии до принятия того факта, что ребенок развивается не

так, как его сверстники. Это необходимо знать и учитывать состояние родителей при обращении к специалистам медицинских специальностей. Оказать помощь ребенку мы можем, только установив альянс с окружающими его близкими людьми. Во всех ли случаях, сталкиваясь с проблемами в здоровье детей, специалисты готовы (и умеют) помочь родителям?

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ

При выявлении отклонений в развитии ребенка встает вопрос - куда направить родителей детей с ограниченными возможностями здоровья, если ребенок еще не достиг трехлетнего возраста? В нашем городе создаются центры, появляются специалисты, которые оказывают помощь таким детям, но работают они в разных направлениях, корректируют различные психические (психологические) функции и, к сожалению, мало связаны между собой. При этом отсутствует единая программа развития «проблемного» ребенка, которая должна быть индивидуальной, динамичной, позволять менять направления в зависимости от актуальной потребности. При этом первоочередность задач может меняться, как и участие специалистов в процессе роста и развития ребенка.

В настоящее время встает необходимость создания службы специалистов, оказывающих помощь детям раннего возраста (и их родителям) при выявлении отклонений в развитии. Мультидисциплинарная команда должна включать в себя врачей, психологов, специалистов по обучению коммуникации, приобретению бытовых навыков, сенсорной стимуляции, развитию движений, коррекционных педагогов. Причем, все эти специалисты должны быть ориентированы именно на ранний возраст, обладать знаниями в области диагностики и коррекции нарушений развития у детей до 3х лет. Междисциплинарность подразумевает взаимодействие этих специалистов, а не действие в рамках своей специальности. Т.е. постановка о б щ и х целей и задач, разработка путей их достижения. Кроме того, служба раннего вмешательства всегда ориентирована на семью, т.к. именно в семье ребенок может получить необходимую поддержку и условия для развития, преодоления нарушений. Для этого необходима психологическая (психотерапевтическая, а иногда и медикаментозная) помощь родителям или другим родственникам, участвующим в воспитании ребенка с проблемами в здоровье.

Для создания и развития такой службы необходимо использовать международный опыт (центры ранней помощи существуют в США, Германии, Италии, Португалии) и опыт нашей страны (СПб Институт раннего вмешательства).