

Омский психиатрический журнал

2 (36) 2023



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

2 (36)

2023

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)

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)
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)

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Александрова Н.В.
Омский государственный университет (Омск)
Белебева 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)

На титульной странице
размещена репродукция
картины

Johfra Bosschart.
In Conflict with
the Ending. 1965

© Омский психиатрический журнал. 2023
Выпуск размещен 21 июня 2023 года

Содержание / Contents

| | | |
|--|-----------|--|
| Колонка редактора | 2 | Editor's column |
| Судебная психиатрия | | Clinical psychiatry |
| Исследование эмоционального интеллекта и склонность к агрессии у лиц, находящихся на принудительном лечении <i>Н.А. Голованова, Р.В. Зятиков, Ю.Г. Бикмаева, Т.П. Степанкина, Е.В. Казакова</i> | 4 | Research of emotional intelligence and problems of aggression in persons under compulsory treatment <i>O.N. Golovanova, R.V. Zyatikov, Yu.G. Bikmaeva, T.P. Stepankina, E.V. Kazakova</i> |
| Клиническая психиатрия | | Clinical psychiatry |
| Клиническое наблюдение аутоиммунного энцефалита с антителами к NMDA-рецепторам, выявленного в условиях детского психиатрического стационара <i>И.В. Гранкина, О.Е. Крахмалева, Т.И. Иванова, И.Л. Кутенкова</i> | 10 | Clinical case of autoimmune encephalitis with antibodies to NMDA receptors detected in the conditions of a children's psychiatric hospital <i>I.V. Grankina, O.E. Krakhmaleva, T.I. Ivanova, I.L. Kutenkova</i> |
| Социальные аспекты психиатрии | | Social aspects of psychiatry |
| Отношение студентов медицинского вуза к пациентам с расстройствами психики и аддиктивным поведением <i>Карачурин Р.Э., Каримов Р.Н.</i> | 14 | Attitude of medical students to patients with mental disorders and addictive behavior <i>Karachurin R.E., Karimov R.N.</i> |
| Тезисы конференции: психосоциальная реабилитация | 19 | Conference abstracts: psychosocial rehabilitation |
| Новости психиатрии | 32 | Psychiatry news |

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Текущий выпуск сетевого издания «Омский психиатрический журнал открывает статью омских специалистов, посвященная исследованию эмоционального интеллекта и склонности к агрессии у лиц, находящихся на принудительном лечении. Важной частью исполнения принудительных мер медицинского характера является лечебно - реабилитационная работа с пациентами, при этом, следует отметить особые трудности: это пациенты с высокой степенью социальной дезадаптации и стойкими асоциальными навыками, повторностью совершения ООД. Антисоциальное поведение с несформировавшимися трудовыми установками наряду с алкоголизацией, наркоманией, усложняют задачу проведения реабилитационно - восстановительных мероприятий. Также ряд факторов являются специфичными для реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения - это влияние криминальной субкультуры, к которой принадлежит часть пациентов, наличие продуктивной симптоматики на первых этапах принудительного лечения, психопатологический механизм совершенного ООД и собственно, характер совершенных правонарушений пациентами. Среди общественно опасных деяний психически больных в социальном плане наиболее значимы агрессивные действия, поскольку они связаны с угрозой жизни и здоровью. В период принудительного лечения, на протяжении всех лечебно - реабилитационных этапов приоритетом является, выявление высоко рискованных пациентов (оценка риска внутрибольничной агрессии, выявление скрытых лидеров и возможных организаций групповых неповиновений). В связи с чем, актуальным является психодиагностическое исследование склонности к агрессии лиц, находящихся на принудительном лечении, по результатам данных, составление и проведение психокоррекционных мероприятий.

Проведено исследование склонности к агрессии и измерение эмоционального интеллекта у лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников». Установлено, что в исследовательской выборке при повышении возрастных показателей (от 43 лет и выше) повышаются тенденции к переживанию чувства несправедливости, ущемленности, неудовлетворенности желаний, обидчивости, субъективизма в оценке других людей, что в свою очередь, повышает общий уровень агрес-

сивности, уровень эмоционального интеллекта снижен. Отмечаются сниженные способности к пониманию своих эмоций, распознаванию и идентификации, управления собственным эмоциональным состоянием. Отмечается тенденция к интенсивности нежелательных и внешних эмоциональных проявлений. в группе лиц, находящихся на принудительном лечении, выявлена склонность к агрессивности среднего уровня. Умеренно - выраженная тенденция к деструктивным реакциям в области межличностных отношений, склонность к использованию физической силы, направленности на устранение и разрушение препятствий. Повышен уровень готовности к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (включает физиологическое возбуждение и подготовку к агрессии - гнев). Средний уровень тенденций к переживанию чувства несправедливости, ущемленности, неудовлетворенности желаний. Умеренно - выраженная склонность к реакциям, развивающим негативные чувства и негативные оценки людей и событий.

По результатам данных и корреляционного анализа выявлена высокая значимая обратная связь уровня эмоционального интеллекта и склонности к агрессии. Выявлены повышенные показатели, средние уровни агрессивности и ее компонентов «Физическая агрессия», «Гнев», «Враждебность» в исследуемой группе пациентов, что, в свою очередь, предоставляет возможным определить мишени психологической коррекции. И с учетом результатов данных по уровням развития эмоционального интеллекта и его компонентов, а также с учетом возрастных особенностей, возможна разработка психокоррекционной программы тренинговых занятий с пациентами, находящимися на принудительном лечении, в целях профилактики и снижения уровня агрессии, повышения эмоциональной устойчивости и компетентности, контроля своего социального поведения.

Продолжает выпуск журнала интереснейшее наблюдение аутоиммунного энцефалита с антителами к NMDA рецепторам, выявленного в условиях детского психиатрического стационара. В представленном наблюдении заболевание проявлялось быстро развивающимися сочетанными психотическими симптомами, когнитивными и поведенческими нарушениями с последующим присоединением двигательных нарушений в виде дискинезии, стереотипии, кататонии, выраженных вегетативных нарушений, проявляющихся тахикардией, колебания-

ми артериального давления, температуры тела, что является не типичным для дебюта эндогенного заболевания в детском возрасте. Обращает на себя внимание ухудшение соматического состояния пациентки и отсутствие положительной динамики в психическом состоянии на фоне проводимой нейрорепитивной терапии, что привело к необходимости врачей-психиатров предположить и исключить соматическую патологию аутоиммунного генеза. Следует подчеркнуть, что своевременная диагностика аутоиммунного энцефалита требует настороженности врачей всех специальностей, прежде всего неврологов, психиатров, реаниматологов, которые могут столкнуться с этим заболеванием особенно у детей и подростков, учитывая, что в дебюте достаточно сложно дифференцировать его от других вирусных, инфекционных и психических заболеваний, несвоевременная диагностика аутоиммунного энцефалита может привести к тяжелым прогностическим последствиям.

В статье наших башкирских коллег представлено исследование отношения студентов медицинского вуза к пациентам с расстройствами психики и аддиктивным поведением. Исходя из его результатов, можно сделать вывод, что гипотеза о возможном снижении уровня стигматизации после прохождения цикла занятий по психиатрии, медицинской психологии и наркологии не подтвердилась. Баллы стигматизации были примерно одинаковыми у контрольной и исследуемой групп. Важно отметить, что на сегодняшний день студенты медицинского ВУЗа осведомлены о психическом здоровье в равной степени среди прошедших цикл занятий по психиатрии и среди непрошедших. Но отчасти можно подтвердить гипотезу о предполагаемом снижении стигматизации в силу развития информационных технологий и огласке проблем в СМИ, появ-

ления культуры заботы о ментальном здоровье. В результате проведенного исследования можно сделать вывод о том, что уровень стигматизации одинаков как среди прошедших цикл по психиатрии, так и среди непрошедших, что тоже может служить подтверждением данной гипотезы. Поэтому важно продолжать вести просветительскую работу среди населения в сфере психиатрии и психологии для дальнейшего преодоления существующих негативных установок и стереотипов в области нервно-психических расстройств, именно тогда и сформируется более гуманное отношение к людям с расстройствами поведения.

Поскольку наблюдается положительная динамика в отношении к психиатрическим патологиям у разных групп людей необходимо корректировать для этого и факторы среды, повышать качество психиатрической помощи, делая её более доступной, создавая более надёжные информационные системы, поскольку лишь комплексное воздействие социальных, поведенческих, биологических факторов, их улучшение будет способствовать увеличению продолжительности и повышению качества жизни, благополучию людей, гармонии в отношении личности и общества в целом.

В нашем журнале мы продолжаем публиковать избранные материалы межрегиональной научно-образовательной конференции «Психическое здоровье населения Омской области», посвященной 125-ти летнему юбилею Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой». В текущий выпуск включены аннотации работ, посвященных организационным и научно-практическим аспектам психосоциальной реабилитации при психических расстройствах.

*Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.*

Судебная психиатрия

УДК: 616.89

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И СКЛОННОСТЬ К АГРЕССИИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Н.А. Голованова, Р.В. Зятиков, Ю.Г. Бикмаева, Т.П. Степанкина, Е.В. Казакова

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

kazakovae2010@mail.ru

Аннотация. В статье изложены результаты исследования склонности к агрессии и эмоционального интеллекта у лиц, находящихся на принудительном лечении. Установлена высокая значимая обратная связь уровня эмоционального интеллекта и склонности к агрессии. Выявлены повышенные показатели, средние уровни агрессивности и ее компонентов «Физическая агрессия», «Гнев», «Враждебность» в исследуемой группе пациентов, что, в свою очередь, предоставляет возможным определить мишени психологической коррекции. С учетом результатов данных по уровням развития эмоционального интеллекта и его компонентов, а также с учетом возрастных особенностей, возможна разработка психокоррекционной программы тренинговых занятий с пациентами, находящимися на принудительном лечении, в целях профилактики и снижения уровня агрессии, повышения эмоциональной устойчивости и компетентности, контроля своего социального поведения.

Ключевые слова. Принудительное лечение, эмоциональный интеллект, склонность к агрессии.

RESEARCH OF EMOTIONAL INTELLIGENCE AND PROBLEMS OF AGGRESSION IN PERSONS UNDER COMPULSORY TREATMENT

O.N. Golovanova, R.V. Zyatikov, Yu.G. Bikmaeva, T.P. Stepankina, E.V. Kazakova

Resume. The article presents the results of a study of the tendency to aggression and emotional intelligence in persons under compulsory treatment. A high significant feedback was established between the level of emotional intelligence and the tendency to aggression. Increased indicators, average levels of aggressiveness and its components "Physical aggression", "Anger", "Hostility" in the studied group of patients were revealed, which, in turn, makes it possible to determine the targets of psychological correction. Taking into account the results of data on the levels of development of emotional intelligence and its components, as well as taking into account age characteristics, it is possible to develop a psycho-correction program of training sessions with patients under compulsory treatment in order to prevent and reduce the level of aggression, increase emotional stability and competence, control their social behavior.

Keywords. Compulsory treatment, emotional intelligence, tendency to aggression.

Актуальность. Принудительное лечение (ПЛ) в психиатрическом стационаре назначается судом в рамках уголовного процесса лицам, совершившим правонарушения и по своему психическому состоянию требующих постоянного наблюдения. Основная цель принудительного лечения снизить общественную опасность пациентов и предупредить совершение новых общественно опасных деяний (ООД).

Важной частью исполнения принудительных мер медицинского характера является лечебно - реабилитационная работа с пациентами, при этом, следует отметить особые трудности: это пациенты с высокой степенью социальной дезадаптации и стойкими асоциальными навыками, повторностью совершения ООД. Антисоциальное поведение с несформировавшимися трудовыми установками наряду с алкоголизацией, наркоманией, усложняют задачу проведения реабилитационно - восстановительных мероприятий. Также ряд факторов являются специфичными для реабилитационных меро-

приятий во время принудительного лечения - это влияние криминальной субкультуры, к которой принадлежит часть пациентов, наличие продуктивной симптоматики на первых этапах принудительного лечения, психопатологический механизм совершенного ООД и собственно, характер совершенных правонарушений пациентами. Среди общественно опасных деяний психически больных в социальном плане наиболее значимы агрессивные действия, поскольку они связаны с угрозой жизни и здоровью. В период принудительного лечения, на протяжении всех лечебно - реабилитационных этапов приоритетом является, выявление высоко рискованных пациентов (оценка риска внутривольничной агрессии, выявление скрытых лидеров и возможных организаций групповых неповиновений). В связи с чем, актуальным является психодиагностическое исследование склонности к агрессии лиц, находящихся на принудительном лечении, по результатам данных, составление и проведение психокоррекционных мероприятий.

В настоящее время отмечается увеличение количества исследований, изучающих агрессию и агрессивность в контексте эмоционального интеллекта, который понимается как группа способностей, обеспечивающих понимание собственных эмоций и эмоций других людей, а также управление ими. При этом до сих пор недостаточно изучена взаимосвязь уровня агрессии и уровня развития компонентов эмоционального интеллекта.

Проведено исследование склонности к агрессии и измерение эмоционального интеллекта у лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой».

Дизайн исследования. В исследовании приняли участие 37 пациентов, находящихся на принудительном лечении общего типа 11 пациентов психиатрического отделения общего типа № 7 и 26 пациентов из психиатрических отделений принудительного лечения специализированного типа №3 и №11. Исследование проведено с целью выявить уровни склонности к агрессии, и также, исследовать эмоциональный интеллект в данной группе. Что способствует осуществлению контроля динамики проявлений агрессии и по результатам полученных данных, далее, разработки психокоррекционной программы тренинговых занятий. В группе испытуемых, по механизмам совершения ООД, преобладают продуктивно – психотический, негативно – личностный. По характеру совершенных правонарушений: против жизни и здоровья (ст.105 по 119 УК РФ), против собственности (ст. 158 по 168 УК РФ). В возрасте от 20 до 64 лет, средний показатель по группе – 41 год (по отделениям: №7 – 47 лет, № 3 – 40,5 лет, № 11 – 35 лет), преобладающее большинство пациентов с диагнозом «Шизофрения» (F 20), временем пребывания в отделениях год и более одного года.

Исследование проведено методиками: опросник склонности к агрессии А. Басса – М. Перри, ВРАQ – 24 (отечественная адаптация С.Н.

Ениколопова, Н.П. Цибульского) для диагностики склонности к физической агрессии, враждебности и гневу. Опросник эмоционального интеллекта ЭИИ (Д.В. Люсина) для измерения эмоционального интеллекта, который трактуется как способность к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими. В структуре эмоционального интеллекта (ЭИ) выделяется межличностный эмоциональный интеллект (МЭИ) – понимание эмоций других людей и управление ими, внутриличностный эмоциональный интеллект (ВЭИ) – понимание собственных эмоций и управление ими. Способность к пониманию своих и чужих эмоций (ПЭ), способность к управлению своими и чужими эмоциями (УЭ).

Результаты и обсуждение. По полученным данным можно предположить, что существует взаимосвязь между склонностью к агрессии и эмоциональным интеллектом у лиц, находящихся на принудительном лечении общего и специализированного типа.

Соотношение уровней склонности к агрессии и эмоционального интеллекта в группе пациентов, находящихся на принудительном лечении в стационаре преобладание общего эмоционального интеллекта и его компонентов на уровне, в большей степени, низкого при проявлении склонности к агрессивности среднего уровня (49%), что выявляет умеренно выраженную тенденцию к деструктивным реакциям в области межличностных отношений, средний показатель направленности на устранение и разрушение препятствий, противодействующих индивидуальному развитию. Низкий уровень агрессивности у (43%) и, соответственно, высокий уровень наблюдается у (8%) пациентов.

По уровню выраженности эмоционального интеллекта преобладает низкий уровень ЭИ 52%, трудности распознавания, идентификации, установления причинно – следственной связи возникновения и управления своих эмоций и других. Далее средний уровень 28% и высокий уровень ЭИ выявлен у 20% пациентов в группе (Рисунок 1).

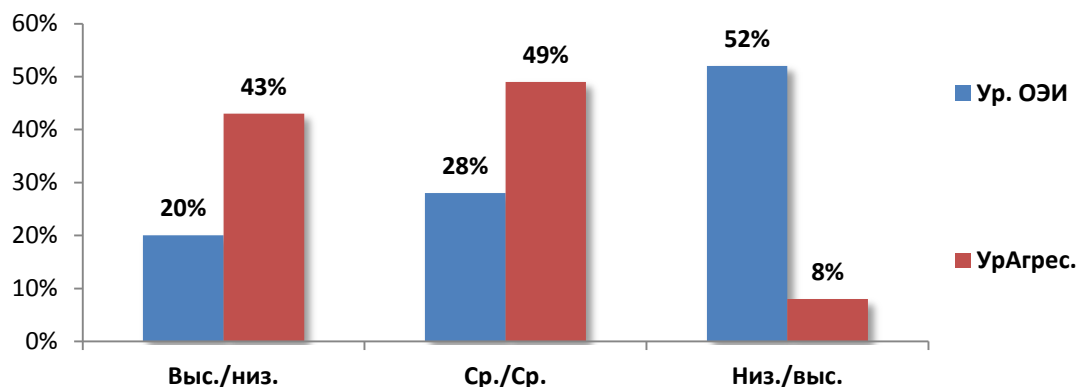


Рисунок 1. Соотношение выраженности ОЭИ (общего эмоционального интеллекта) и показателей агрессивности в группе лиц, находящихся на принудительном лечении

По компонентам агрессии преобладают средние уровни «Физическая агрессия» 62%, склонности к использованию физической силы против другого лица. «Гнев» 51%, готовности к агрессии, проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении. «Враждебность» 49%

умеренно выраженная тенденция к переживанию чувства несправедливости, ущемленности, неудовлетворенности желаний, склонность к реакциям, развивающим негативные чувства и негативные оценки людей и событий (Рисунок 2).

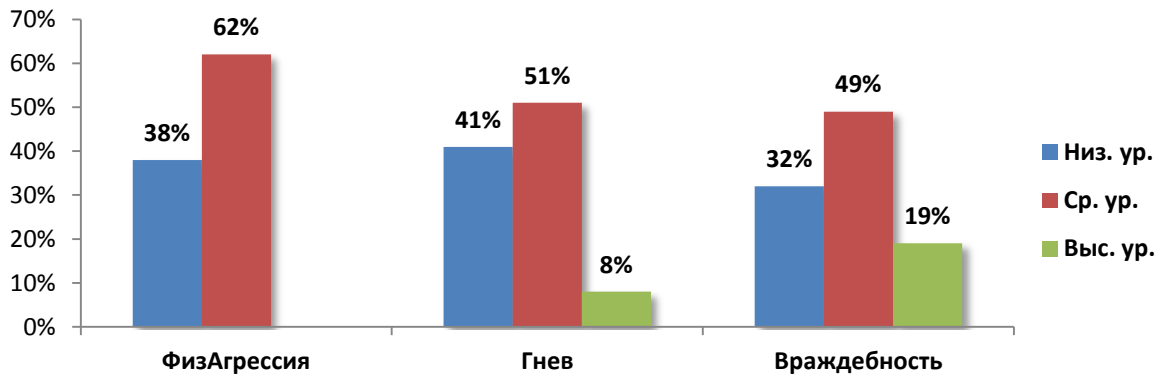


Рисунок 2. Выраженность компонентов агрессивности в группе лиц, находящихся на принудительном лечении

В большей степени выражены низкие уровни межличностного интеллекта (МЭИ) 62%, понимание эмоций (ПЭ) 54%. Снижена чуткость к внутренним состояниям других людей. Недостаточное понимание чужих эмоций, снижена способность понимать эмоциональное состояние человека интуитивно и/или на основе внешних его проявлений в виде мимики, жестикуляции, звучания голоса. Недостаточное понимание собственных эмоций, их осознание, распознавание и идентификация, выявлены трудности в снижении интенсивности собственных нежелательных эмоций, уровень понимания причин и способности к вербальному описанию невысокий.

ационального интеллекта (ВЭИ) преобладает средний 38% и низкий 32% уровни, высокий ВЭИ у 30% пациентов в группе. По показателю управление эмоциями преобладает средний 51% и высокий 28% уровни, низкий уровень управления эмоциями имеют 21% пациентов.

Средний уровень управления своими эмоциями (УЭ), проявлена потребность управления, держать под контролем нежелательные эмоции, отстраняться от них, контроль внешнего проявления своих эмоций. Понимание своих и чужих эмоций низкого и среднего уровня, низкая способность различать близкие по смыслу эмоции, причины возникновения тех или иных эмоциональных состояний, интерпретации сложных чувств (Рисунок 3).

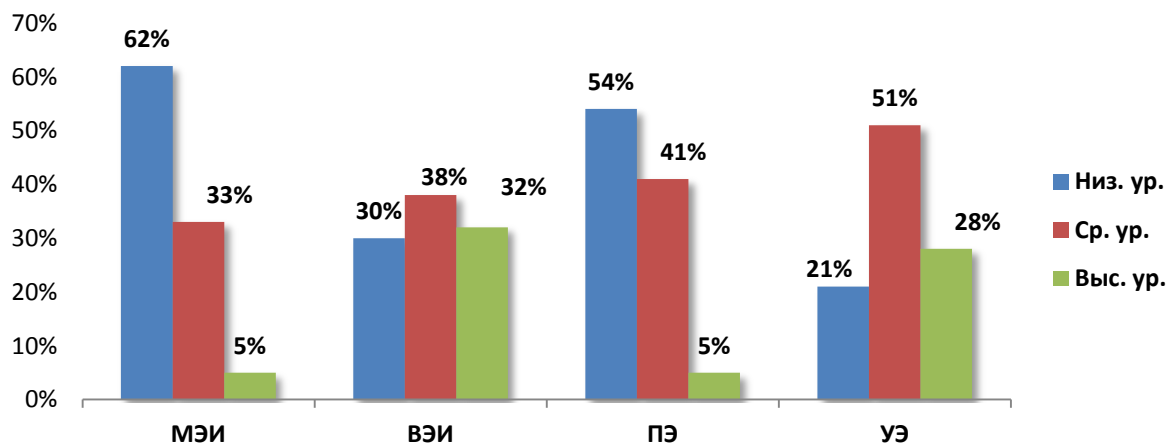


Рисунок 3. Выраженность компонентов эмоционального интеллекта в группе лиц, находящихся на принудительном лечении

Таким образом, по результатам проведенных методик исследования агрессивности и эмоционального интеллекта, получены данные в группе лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре в отделениях специализированного и общего типа. Преобладают в группе средние / низкие уровни агрессивности (92%) и эмоционального интеллекта (80%). Отмечена слабая выраженность высоких уровней компонентов агрессивности (гнев 8%, враждебность 19%, отсутствует по компоненту физической агрессии) и результаты «высокий уровень» таких компонентов эмоционального интеллекта, как внутриличностный интеллект 32% и управление эмоциями 28%. Что возможно, обусловлено наличием самих мер принудительного лечения в психиатрическом стационаре, соответствующим режимом, относительно длительным временем пребывания пациентов в отделении, что, в свою очередь, способствует повышению самоконтроля, саморегуляции, самосознания, потребности управлять своими эмоциями, вызывать и поддерживать желательные и держать под контролем нежелательные эмоции, контролировать их внешнее проявление.

В ходе корреляционного анализа (при помощи программы SPSS Statistics, методом ранговой корреляции Спирмена) выявлены высокие значимые обратные связи (на уровне 0,01) между общим показателем агрессии, компонентами агрессии (физическая агрессия, гнев, враждебность) и общим показателем эмоционального интеллекта (ОЭИ), компонентами ЭИ (ВЭИ, ПЭ, УЭ).

Между межличностным эмоциональным интеллектом (МЭИ) и общим показателем агрессии и ее компонентами связи не обнаружено. Нет взаимосвязи между ВЭИ и МЭИ у данной группы лиц, находящихся на принудительном лечении. Однако установлены значимые положительные 2х сторонние корреляционные связи между компонентами эмоционального интеллекта, а именно МЭИ и ПЭ, УЭ, как и, между ВЭИ и также, ПЭ и УЭ. При исследовании взаимосвязи между компонентами эмоционального интеллекта, ПЭ и УЭ, обнаружена умеренная положительная 2х сторонняя корреляционная связь. Эти данные будут способствовать в раз-

работке коррекционной программы тренинговых занятий для пациентов данной группы, определяют этапность проведения занятий на формирование и развитие компетенций эмоционального интеллекта.

В данной группе исследуемых по возрастному показателю (средний 41 год) взаимосвязей не обнаружено с общим уровнем агрессии и ее компонентов, также, общим уровнем эмоционального интеллекта и его компонентов, кроме компонента ВЭИ, отмечена значимая обратная связь (на уровне 0,05), в связи, с чем дополнительно проведен корреляционный анализ группы пациентов, находящихся на принудительном лечении общего типа (11 человек) и специализированного типа 3го отделения (13 пациентов) (в этих группах возрастной показатель выше и составляет средний возраст 43,5 года).

По результатам данных выявлены: прямые значимые связи (на уровне 0,05) возраста и показателя общей агрессии, возраст и враждебность, высокая значимая обратная связь (на уровне 0,01) с показателем общего эмоционального интеллекта, с компонентами управление эмоциями и внутриличностный эмоциональный интеллект значимые обратные связи (на уровне 0,05).

Таким образом, предположительно, при повышении возрастных показателей (с 43 лет и выше), повышаются тенденции к переживанию чувства несправедливости, ущемленности, неудовлетворенности желаний, обидчивости, субъективизма в оценке других людей, что в свою очередь, повышает общий уровень агрессивности, уровень эмоционального интеллекта снижен. Отмечаются сниженные способности к пониманию своих эмоций, распознаванию и идентификации, управления собственным эмоциональным состоянием. Отмечается тенденция к интенсивности нежелательных и внешних эмоциональных проявлений.

Проведен анализ результатов исследования эмоционального интеллекта и склонности к агрессии пациентов, находящихся на принудительном лечении общего типа (11 чел.), и пациентов психиатрических отделений принудительного лечения специализированного типа № 3 (13 чел.) и № 11 (13 чел.), данные внесены в таблицы 1 и 2.

Таблица 1

Компоненты агрессивности пациентов, находящихся на принудительном лечении

| Группы | Возр | n. | Агрессивность (%) | | | Компоненты агрессивности (%) | | | | | | | | |
|--------------------|------|----|-------------------|----|---|------------------------------|----|---|------|----|---|--------------|----|----|
| | | | | | | Физическая агрессия | | | Гнев | | | Враждебность | | |
| | | | Н | С | В | Н | С | В | Н | С | В | Н | С | В |
| Общая группа | 37 | 41 | 43 | 49 | 8 | 38 | 62 | - | 41 | 51 | 8 | 32 | 49 | 19 |
| 7 отд, общ.тип | 11 | 47 | 8 | 14 | 8 | 6 | 24 | - | 3 | 19 | 8 | 5 | 16 | 9 |
| 3 отд, спец. тип | 13 | 41 | 19 | 16 | - | 16 | 19 | - | 22 | 13 | - | 16 | 14 | 5 |
| 11 отд., спец. тип | 13 | 35 | 16 | 19 | - | 16 | 19 | - | 16 | 19 | - | 11 | 19 | 5 |

В представленной таблице даны следующие сокращения:

Н – низкий уровень,

С – средний уровень,

В – высокий уровень.

В Таблице 1 представлены данные исследования агрессивности исследуемой группы пациентов по отделениям: общий показатель агрессивности, по компонентам «Гнев», «Враждебность» высокие уровни преобладают у пациентов, проходящих принудительное лечение общего типа (что связано с возрастными показателями пациентов по отделению, данные корреляционного анализа представлены выше).

Отделения принудительного лечения специализированного типа № 3 и № 11 имеют относительно одинаковые показатели по агрессивности и ее компонентам (нет высоких значений по общему уровню, физической агрессии, гневу, показатели враждебности выражены незначительно), что возможно, обусловлено мерами принудительного лечения специализированного типа.

Таблица 2

Таблица выраженности эмоционального интеллекта и его компонентов (%) по группам пациентов, находящихся на принудительном лечении

| Группы | Общий ЭИ | | | Компоненты эмоционального интеллекта | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------|----|----|--------------------------------------|----|---|-----|----|----|----|----|---|----|----|----|
| | | | | МЭИ | | | ВЭИ | | | ПЭ | | | УЭ | | |
| | Н | С | В | Н | С | В | Н | С | В | Н | С | В | Н | С | В |
| Общая группа, | 52 | 28 | 20 | 62 | 32 | 6 | 30 | 38 | 32 | 54 | 41 | 5 | 22 | 51 | 27 |
| 7 отд, общ.тип | 22 | 5 | 3 | 24 | 3 | 3 | 14 | 11 | 5 | 22 | 8 | - | 8 | 16 | 5 |
| 3 отд., спец. тип | 11 | 14 | 11 | 11 | 22 | 3 | 8 | 14 | 14 | 11 | 22 | 3 | 5 | 16 | 14 |
| 11 отд., спец. тип | 19 | 11 | 5 | 27 | 8 | - | 8 | 14 | 14 | 22 | 11 | 3 | 8 | 19 | 8 |

В представленной таблице даны следующие сокращения:

ЭИ – эмоциональный интеллект,

МЭИ – межличностный эмоциональный интеллект,

ВЭИ – внутриличностный эмоциональный интеллект,

ПЭ – понимание эмоций,

УЭ – управление эмоциями,

Н – низкий уровень,

С – средний уровень,

В – высокий уровень.

В Таблице 2 представлены данные исследования эмоционального интеллекта исследуемой группы пациентов по отделениям: отмечено преобладание низкого уровня по всей группе, в большей степени у пациентов отделения общего типа и несколько снижен показатель 11-го отд. Средние/высокие уровни более выражены у пациентов специализированного типа. Интересные показатели выявлены по компонентам «Межличностный интеллект» / «Понимание эмоций», у пациентов отделений № 7 (24%/22%) и № 11 (27%/22%) относительно высокие значения низкого уровня данных компетенций (возможно, влияние возрастных показателей, 7 отд./47 лет, 11 отд./35 лет, также недостаточное развитие компетенций эмпатии и навыков социального общения, взаимодействия). Эти данные являются важными для дальнейшего исследования и разработки психокоррекционных программ для пациентов, находящихся на принудительном лечении.

Таким образом, в группе лиц, находящихся на принудительном лечении, выявлена склонность к агрессивности среднего уровня. Умеренно – выраженная тенденция к деструктивным реакциям в области межличностных отношений, склонность к использованию физической силы, направленности на устранение и разрушение препятствий. Повышен уро-

вень готовности к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (включает физиологическое возбуждение и подготовку к агрессии – гнев). Средний уровень тенденций к переживанию чувства несправедливости, ущемленности, неудовлетворенности желаний. Умеренно – выраженная склонность к реакциям, развивающим негативные чувства и негативные оценки людей и событий.

По результатам данных и корреляционного анализа выявлена высокая значимая обратная связь уровня эмоционального интеллекта и склонности к агрессии. Выявлены повышенные показатели, средние уровни агрессивности и ее компонентов «Физическая агрессия», «Гнев», «Враждебность» в исследуемой группе пациентов, что, в свою очередь, предоставляет возможным определить мишени психологической коррекции. И с учетом результатов данных по уровням развития эмоционального интеллекта и его компонентов, а также с учетом возрастных особенностей, возможна разработка психокоррекционной программы тренинговых занятий с пациентами, находящимися на принудительном лечении, в целях профилактики и снижения уровня агрессии, повышения эмоциональной устойчивости и компетентности, контроля своего социального поведения.



Клиническая психиатрия

УДК: 616.89

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АУТОИММУННОГО ЭНЦЕФАЛИТА С АНТИТЕЛАМИ К NMDA РЕЦЕПТОРАМ, ВЫЯВЛЕННОГО В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

И.В. Гранкина, О.Е. Крахмалева, Т.И. Иванова, И.Л. Кутенкова

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

pontiac@list.ru

Аннотация. Представлено наблюдение аутоиммунного энцефалита с антителами к NMDA рецепторам, выявленного в условиях детского психиатрического стационара. Заболевание проявлялось быстро развивающимися сочетанными психотическими симптомами, когнитивными и поведенческими нарушениями с последующим присоединением двигательных нарушений в виде дискинезии, стереотипии, кататонии, выраженных вегетативных нарушений, проявляющихся тахикардией, колебаниями артериального давления, температуры тела, что является не типичным для дебюта эндогенного заболевания в детском возрасте. Обращает на себя внимание ухудшение соматического состояния пациентки и отсутствие положительной динамики в психическом состоянии на фоне проводимой нейролептической терапии, что привело к необходимости врачей-психиатров предположить и исключить соматическую патологию аутоиммунного генеза

Ключевые слова. Аутоиммунный энцефалит с антителами к NMDA рецепторам.

CLINICAL CASE OF AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS WITH ANTIBODIES TO NMDA RECEPTORS DETECTED IN THE CONDITIONS OF A CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL

I.V. Grankina, O.E. Krakhmaleva, T.I. Ivanova, I.L. Kutenkova

Resume. An case of autoimmune encephalitis with antibodies to NMDA receptors, detected in a children's psychiatric hospital, is presented. The disease was manifested by rapidly developing combined psychotic symptoms, cognitive and behavioral disorders, followed by the addition of motor disorders in the form of dyskinesia, stereotypy, catatonia, pronounced autonomic disorders, manifested by tachycardia, fluctuations in blood pressure, body temperature, which is not typical for the debut of an endogenous disease in childhood. Attention is drawn to the deterioration of the somatic condition of the patient and the lack of positive dynamics in the mental state against the background of neuroleptic therapy, which led to the need for psychiatrists to assume and exclude somatic pathology of autoimmune genesis.

Keywords. Autoimmune encephalitis with antibodies to NMDA receptors.

Актуальность. В 2007 году были впервые описаны серии случаев аутоиммунного NMDA рецепторного энцефалита, протекающего с психотическими симптомами и кататонией, вегетативными нарушениями и гипертермией, и риском развития летального исхода. Впервые это заболевание было описано R. Vitaliani и соавт. в 2005г. у пациентки с тератомой яичников с остроразвившимися психотическими нарушениями, выраженной амнезией, эпизодами спутанности, дезориентации и центральной гиповентиляцией. Только спустя 2 года был выявлен антиген, представляющий мишень для аутоиммунной атаки, которая вызывает такую симптоматику. Им оказалась GluN1-субъединица NMDA-рецептора, в наибольшей концентрации находящегося на нейронах гипокампа. К сожалению, подобные случаи часто интерпретируются практическими врачами как необычная форма проявления психической патологии, инфекционных заболеваний, рассеян-

ного склероза, в связи с чем, утрачивается возможность радикального вмешательства в течение заболевания и предотвращения неблагоприятного исхода.

Представляем клиническое наблюдение с лабораторно подтвержденным аутоиммунным энцефалитом с антителами к NMDA-рецепторам, выявленным в условиях детского психиатрического стационара г. Омска.

Клиническое наблюдение. Пациентка 13 лет, 17.09.2019года была госпитализирована в детский круглосуточный психиатрический стационар Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодниковой в порядке оказания неотложной помощи.

При поступлении мама пациентки предъявляла жалобы на то, что ребенок не вступает в контакт, не пользуется речью, отказывается от еды и питья, совершает вычурные движения руками, застывает в различных позах, заторможена, сонлива.

Жалоб со стороны пациента выявить не предоставляется возможным по психическому состоянию, продуктивному контакту не доступна.

Наследственность психопатологически неотягощена.

Семейный анамнез. Воспитывается в полной семье, матерью и отчимом. Растет старшей из двух детей. Имеет сестру 10 лет от второго брака матери, девочка - здорова. Матери 34 года, образование высшее по трем специальностям, работает педагогом в Доме культуры. По характеру вспыльчивая, общительная, из вредных привычек - курение. Отцу 35 лет, проживал с матерью девочки в гражданском браке коротко, отношения с дочерью не поддерживает, материально не помогает. Отчиму 32 года, образование средне-специальное, в семье 11 лет, работает водителем, по характеру спокойный. Из вредных привычек - курение. Отношения в семье характеризуются как благоприятные.

Анамнез жизни. Девочка от первой, благоприятно протекавшей беременности, роды в срок, физиологическим путем, околоплодные воды были окрашены меконием. Масса при рождении 3440 гр., закричала сразу, к груди приложили в родильном зале. Первые сутки ребенок находился под наблюдением в ПИТ. Из роддома выписана на 8-ые сутки домой. В моторном и психоречевом развитии не отставала. На грудном вскармливании была до 3-х месяцев, затем по причине отсутствия грудного молока у матери была переведена на искусственное вскармливание. ДДУ посещала с 1 года 6-ти месяцев до 7 лет, адаптировалась благоприятно, режиму ДДУ подчинялась, активно устанавливала контакт с детьми, была общительным ребенком, принимала участие в утренниках. Обучение в школе начала с 7 лет, по программе СОШ, адаптировалась хорошо, начальную школу окончила на «отлично». В настоящее время девочка является ученицей 7-го класса СОШ, успеваемость на «4-5». Дополнительно посещает танцевальный кружок, музыкальную и художественную школы. Мать характеризует дочь как ласковую, ранимую, заботливую, веселую, жизнерадостную.

Анамнез заболевания. Со слов матери известно, что в течении 14 дней до госпитализации у пациентки отмечалась физическая слабость, тревожность, тремор верхних конечностей, беспокойство за родственников, эмоциональная лабильность, плаксивость, испытывала трудности при выполнении домашних заданий, считала, что все ранее изученное в школе забыла, затем присоединился страх, стала отказываться от приема твердой пищи, боялась поперхнуться, нарастала тревога. Во время приема пищи дома отмечалась впервые в жизни серия из 3-х пароксизмальных судорожных состояний, в связи с чем, была

госпитализирована в реанимационное отделение районной центральной больницы, где на протяжении трех суток проводилась противосудорожная, гормональная, дегидратационная терапия, после чего девочка была переведена для дальнейшего лечения в неврологическое отделение детской областной больницы г. Омска, где находилась в течение последующих восьми дней.

За период пребывания была обследована: проведено МРТ головного мозга - без патологии, видео - ЭЭГ- мониторинг дневной - во сне зарегистрирована эпилептиформная активность, ЭКГ - без патологии, УЗИ абдоминальное - выявлены признаки умеренных диффузных изменений в поджелудочной железе, обследована на Клещевой боррелиоз и Клещевой энцефалит - отрицательно, определены биохимические и общеклинические показатели крови и мочи - пределах физиологической нормы. За период наблюдения в неврологическом отделении судорожных приступов не отмечалось. В динамике наблюдения отмечалось изменение в поведении: девочка постепенно перестала вступать в речевой контакт, вначале отвечала на вопросы жестом, затем перестала выполнять речевые инструкции, не реагировала на обращенную к ней речь, стала совершать вычурные движения руками, могла подолгу застывать в различных вычурных позах, отказалась от еды и питья, появился тризм челюстей, постоянно совершала жевательные движения языком при сомкнутой челюсти, эпизодически была психомоторно возбуждена.

В связи с изменением психического состояния в отделении неврологии была консультирована психиатром диспансерного отделения для детей, установлен диагноз: Депрессивный эпизод средней степени тяжести, рекомендован прием гидроксизина по 12,5 мг 3 раза в день. В последующие два дня психическое состояние с ухудшением, перестала вступать в вербальный и невербальный контакт, отказалась от еды и питья, постоянно совершала жевательные движения языком в полости рта, периодически отмечались приступы психомоторного возбуждения, в связи с изменившимся психическим состоянием, определяющим тяжесть расстройства пациентка была выписана из неврологического отделения с рекомендациями продолжить лечение у врача-психиатра.

В этот же день в присутствии матери была осмотрена врачом-психиатром детским диспансерного отделения для детей и подростков, дано направление на госпитализацию в детский круглосуточный стационар БУЗОО КПБ в порядке оказания неотложной помощи.

При поступлении в психиатрический круглосуточный стационар формально была в сознании, но продуктивному контакту не доступна, на вопросы не отвечала, речевые инструкции не

выполняла, при попытке изменить положение тела, сохраняла приданную телу позу, «застывала», отмечалось проявление катаlepsии, совершала круговые движения языком в полости рта при крепко сомкнутой челюсти. В связи с тяжестью состояния, отсутствием самостоятельного жевательного и глотательного рефлекса, выраженным проявлением катаlepsии, пациентка в день госпитализации после совместного осмотра заведующего отделением, профессора кафедры психиатрии ОмГМУ, заместителя главного врача БУЗОО КПБ и врача-реаниматолога дежурного была переведена для дальнейшего лечения в реанимационное отделение психиатрической больницы, где находилась следующие семь дней, кормление и питье осуществлялось энтерально через назогастральный зонд, назначалась инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, антибактериальная терапия курсом препаратами из ряда цефалоспоринов, ноотропная терапия мексидолом, витамины группы В, с целью седации назначался раствор реланиума 10мг/с в вечернее время на 10 дней, в письменного согласия матери получала нейролептик оланзапин 5мг/с.

В динамике наблюдения в реанимационном отделении состояние пациентки оставалось тяжелым, продуктивному контакту практически была не доступна, помрачение сознания оценивалось как аментивное, коротко фиксировала взгляд на обращенную к ней речь, отмечалось частое изменение выражения лица, от эмоции страха, до мимолетной улыбки, складывалось впечатление о наличии обильной галлюцинозоподобной симптоматики, определяющей поведение пациентки, что-то бормотала, озираясь по сторонам, фиксировала взгляд в одной точке, при этом отмечалась выраженная мимическая игра лицевой мускулатуры, также совершала стереотипные движения руками и ногами, по типу хореоформных гиперкинезов. Длительно сохранялись периоды психомоторного возбуждения, сопровождающиеся некоординированным метанием в пределах постели. Кроме этого отсутствовал физиологический сон. В динамике наблюдения за общеклиническими и биохимическими показателями крови и мочи, отмечался значительный лейкоцитоз до $24,00 \times 10^9$ и повышение СОЭ до 26 мм/ч, повышение трансаминаз (АЛАТ до 60Е/л, АСАТ до 50Е/л). В анализах мочи гематурия, протеинурия, аморфные фосфаты. У пациентки в течение всего периода наблюдения отмечалась выраженная тахикардия до 140 уд. в мин., повышение артериального давления крови до 140/90 мм.рт.ст. По результатам ЭКГ в динамике сохранялись изменения в виде аритмии, синусовой тахикардии, выраженных изменений в миокарде. Находясь на лечении в реанимационном отделении пациентка ежедневно осматри-

валась педиатром, психиатром, реаниматологом.

Психический статус определялся аментивным помрачением сознания с проявлениями катаlepsии. Питание осуществлялось энтерально через назогастральный зонд. Проводились расширенные консилиумы с привлечением узких специалистов: кардиолога, нефролога, пульмонолога, гастроэнтеролога, невролога. На 8-ой день пребывания в отделении реанимации наметилась слабopоложительная динамика в психическом состоянии в виде доступности кратковременному продуктивному контакту, короткой реакции на обращенную речь в виде фиксации взора, попыток выполнить речевую инструкцию (открыть рот, показать язык), при осмотре нарушений функций в работе витальных органов не отмечалось, решением консилиума для дальнейшего лечения пациентка была переведена в детский круглосуточный психиатрический стационар общего типа (отделение №10). В динамике наблюдения в течение последующих 7-ми дней состояние пациентки оставалось тяжелым, самостоятельно пищу и воду не принимала, питание по-прежнему осуществлялось через назогастральный зонд, самостоятельно не удерживала мочеиспускание и дефекацию, оправлялась в памперс. Сохранялась выраженная тахикардия, повышение артериального давления, повышение температуры тела от субфебрильных цифр в течение дня до однократного подъема до фебрильных цифр. На 11-е сутки пребывания в стационаре осмотрена детским кардиологом-ревматологом ДКБ 2, установлен диагноз Синусовая тахикардия, симптоматическая артериальная гипертензия. СКВ? (поражение ЦНС, почек, сердца). Рекомендовано дообследование: иммуноанализ, МРТ головного мозга в динамике с контрастированием. В этот же день консультирована детским гинекологом – диагноз - Гинекологической патологии на момент осмотра не выявлено. Повторно консультирована детским нефрологом, установлен Интерстициальный нефрит, осмотрена лор-врачом, диагноз – Состояние после носового кровотечения из левой половины носа, осмотрена детским инфекционистом, диагноз – Функциональная диспепсия. На 13-е сутки решением расширенного консилиума в составе заведующего отделением, профессора кафедры психиатрии ОмГМУ, заместителя главного врача, главного детского психиатра МЗОО с учетом психического состояния пациентки, определяющегося обильной галлюцинозоподобной симптоматикой, сопровождающейся приступами психомоторного возбуждения в лечении был назначен раствор галоперидола в каплях 0.2% по 5 капель (0,0005) x 2р/д.

На следующий день состояние резко ухудшилось, пациентка перестала вступать в продуктивный контакт, не реагировала на

обращенную речь, не открывала глаза, нарастающая степень угнетения сознания, периодически совершала стереотипные хаотичные движения в постели, принимала «борцовскую позу». На 14-е сутки в утренние часы была осмотрена дежурным реаниматологом БУЗОО КПБ, состояние сознания пациентки оценено как Кома I. В связи с резким ухудшением состояния пациентки экстренно проведен расширенный консилиум с привлечением узких специалистов из ОДКБ: кардиолога, нефролога, пульмонолога, гастроэнтеролога, невролога, хирурга, терапевта и невролога БУЗОО КПБ, зам. главного врача БУЗОО КПБ, профессора кафедры психиатрии ОмГМУ д.м.н., решением консилиума определен план дообследования с целью уточнения диагноза, на 14-е сутки (в этот же день) пациентка на детской городской реанимационной бригаде была переведена для дальнейшего обследования и лечения в Областную клиническую больницу города Омска.

Из психиатрического детского отделения пациентка была выписана с диагнозом: Острое шизофреноподобное расстройство (симптоматическое), необходимо исключить системное заболевание соединительной ткани и крови, цереброваскулит, аутоиммунный энцефалит. В этот же день пациентка была госпитализирована в неврологическое отделение Областной детской клинической больницы, где решением МЗОО для пациентки был организован индивидуальный пост среднего медицинского персонала психиатрического детского отделения БУЗОО КПБ. Врачами-психиатрами Омской психиатрической больницы был отправлен запрос на проведение телемедицинской консультации в Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, через 72 часа от подачи запроса была проведена телемедицинская консультация ведущими научными сотрудниками отделения клиничко-патогенетических проблем детской и подростковой психиатрии и МНИИП-ф-л ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского».

По результатам представленной медицинской документации был обсужден и установлен диагноз - Делирий не на фоне деменции в связи с другими заболеваниями. F05.07, даны реко-

мендации по дальнейшему лечению: пребывание ребенка в палате интенсивной терапии, стабилизация витальных функций, дегидратация, в/в введение транквилизаторов (реланиум), назначение ноотропов в настоящее время не показано.

Достоверно известно, что по результатам исследования цереброспинальной жидкости и крови на титр антител к NMDA рецепторам у пациентки был подтвержден ДЗ: Аутоиммунный энцефалит к NMDA рецепторам. Назначена гормональная терапия, плазмаферез, высокодозные иммуноглобулины. В динамике наблюдения за психическим состоянием пациентки отмечался выход в выраженный когнитивный дефицит с нарушением праксиса и гнозиса.

Вывод. В представленном нами наблюдении заболевание проявлялось быстро развивающимися сочетанными психотическими симптомами, когнитивными и поведенческими нарушениями с последующим присоединением двигательных нарушений в виде дискинезии, стереотипии, кататонии, выраженных вегетативных нарушений, проявляющихся тахикардией, колебаниями артериального давления, температуры тела, что является не типичным для дебюта эндогенного заболевания в детском возрасте. Обращает на себя внимание ухудшение соматического состояния пациентки и отсутствие положительной динамики в психическом состоянии на фоне проводимой нейролептической терапии, что привело к необходимости врачей-психиатров предположить и исключать соматическую патологию аутоиммунного генеза. В заключении следует подчеркнуть, что своевременная диагностика аутоиммунного энцефалита требует настороженности врачей всех специальностей, прежде всего неврологов, психиатров, реаниматологов, которые могут столкнуться с этим заболеванием особенно у детей и подростков, учитывая, что в дебюте достаточно сложно дифференцировать его от других вирусных, инфекционных и психических заболеваний, несвоевременная диагностика аутоиммунного энцефалита может привести к тяжелым прогностическим последствиям.

Социальные аспекты психиатрии

УДК 159.96

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ И АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Карачурин Р.Э., Каримов Р.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

r.carachurin@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматривается отношение студентов медицинского ВУЗа к пациентам психиатрического профиля, а также к лицам с аддиктивным поведением. Было проведено анкетирование по опросникам воспринимаемой стигматизации (PSQ) и отношения к психическим заболеваниям (AMIQ) для изучения уровня стигматизации среди студентов медицинского университета с 1 по 6 курсы и подтверждения данных о снижении уровня стигматизации пациентов психиатрического и наркологического профилей после прохождения курса психиатрии студентами медицинского ВУЗа. Опрос был проведён у прошедших и непрошедших цикл занятий по психиатрии. В ходе исследования было выявлено, что на уровень стигматизации пациентов психиатрии и наркологии у студентов медицинского университета занятия по психиатрии не оказали влияния.

Ключевые слова. Стигматизация, психиатрический профиль, аддиктивное поведение, цикл занятий, психиатрия, наркология.

ATTITUDE OF MEDICAL STUDENTS TO PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS AND ADDICTIVE BEHAVIOR

Karachurin R.E., Karimov R.N.

Resume. The article discusses about the attitude of students of medical university to psychiatric patients, as well as to persons with addictive behavior. A survey was conducted on the personality structure questionnaire (PSQ) and attitudes to mental illness questionnaire (AMIQ) in order to study the level of stigmatization among medical students from 1st to 6th courses and confirming data about decrease in the level of stigmatization of patients with psychiatric and narcological profiles after completing a course of psychiatry by students of medical university. The survey was conducted among students, which had and had not completed a cycle of classes in psychiatry. The study found that the level of stigmatization of patients of psychiatry and narcology among students of the medical university was not affected by the cycle of classes in psychiatry.

Keywords. Stigmatization, psychiatric profile, addictive behavior, cycle of classes, psychiatry, narcology.

Актуальность

Политика России в вопросе демографической стабильности, прежде всего, направлена на рост продолжительности жизни населения нашей страны, снижение уровня смертности и повышение уровня рождаемости, укрепление и сохранение здоровья населения. В условиях глобализации мировой экономики, усложнения, интенсификации и увеличения напряженности профессиональной деятельности специалистов существенно возрастает общественно-производственное значение состояния здоровья работающих, поддержания необходимого уровня психофизиологического потенциала их организма. Это обстоятельство предопределяет усиление ответственности каждого человека перед обществом, коллективом, близкими людьми не только за свое валеологическое поведение, но и за отношение к своему собственному здоровью как приоритетной социальной ценности [1]

Стигматизация – это клеймение определённых социальных групп людей. Ей подвергается множество групп людей, в том числе и страдающие психической патологией. Проблема стигматизации пациентов психиатрического профиля на сегодняшний день тщательно изучается, и данная проблема обсуждается в ряде научных статей [2]. В связи с неосведомлённостью общества, социокультурными особенностями определённых слоёв населения представления о психических заболеваниях остаются размытыми и неточными. Таким образом, отсутствует определённый уровень эмпатии к людям с расстройствами психической сферы, такие как шизофрения, депрессивные, тревожные и иные виды ментальных расстройств. Кроме того, существуют масса предрассудков, касаемо пациентов психиатрических отделений: для некоторых представителей общества они ненадёжны, опасны, нестабильны, и, даже, ленивы [3].

Среди медицинских работников проблема стигматизации также актуальна, по причине того, что многие из них сталкиваются с разными пациентами, каждый из которых может иметь коморбидную патологию, в том числе и психиатрическую. Среди лиц, получающих высшее медицинское образование, действительно есть необходимость выявить отношение к пациентам психиатрических больниц уже со студенческой скамьи, поскольку это является важным элементом формирования толерантности к таким пациентам в будущем, когда выпускник станет практикующим врачом. В России отношение к лицам, верифицированным психической болезнью, противоречиво: с одной стороны, декларируется социальное равноправие, но, с другой стороны, в действительности практикуется социальная дискриминация, хорошо сочетающаяся с патерналистской медициной, и существенно ограничивающая свободу людей, которым поставлен диагноз психических расстройств, особенно пограничного регистра [4]. Тема психических расстройств и их лечения в последние годы стала активно обсуждаться в обществе и многие исследования посвящались именно общественному отношению к психиатрическим пациентам [5]. Так, в работе авторов М. Яноушковой, А. Вайсовой, Т. Форманека, Й. Паша и Л. Мотловой, благодаря посещению курсов занятий по психиатрии студенты медицинского ВУЗа, стали более терпимыми по отношению к пациентам с ментальными заболеваниями.[6]

Так как наркология является подразделом психиатрии, не менее важным представляется выявить и отношение к пациентам с аддиктивным поведением. Разные виды аддиктивного поведения были подробно освещены в работах В.А. Руженкова, И.С. Лукьянцевой и В.В. Руженкова В статье отмечается, что лица, имеющие расстройства, связанные с употреблением ПАВ, в большинстве случаев и в первую очередь, сталкиваются с врачом общей практики (терапевтом), который не всегда может выявить психическое расстройство и, как следствие, направить на прием к врачу - наркологу для дальнейшего обследования и точной постановки диагноза [7]

Также, стоит отметить, что по данным ВОЗ в разных странах отношение к лицам с ментальными нарушениями и находящимися в кризисных состоянии не однозначное и разнится. [8] Стигматизация имеет свои причины, среди которых наиболее распространенными являются: общественные предрассудки, связанные с низким уровнем жизни и качеством образования, потенциальная опасность пациентов с психическими заболеваниями, привитие определенных стереотипов «безумия» с самого детства, которые укореняются со временем; закрепление данных паттернов приводит к фор-

мированию страха по отношению к когнитивным расстройствам и расстройствам поведения [9].

Снижение уровня стигматизации возможно достичь лишь при комплексном подходе, включающим изучение мотивации пациента к получению лечения, разработку новых технологий и методов профилактики употребления ПАВ для различных социальных, образовательных и возрастных групп населения, при непосредственном участии специалистов как медицинского, так и немедицинского профиля: социальных работников, психологов, работников педагогического звена всех уровней образования и всесторонней поддержки данного вопроса со стороны государства.[8]

Цель работы: изучение уровня стигматизации среди студентов медицинского вуза к пациентам с психиатрическими диагнозами.

Задачи

1. Определить уровни стигматизации в контрольной и исследуемой группах.
2. Доказать или опровергнуть гипотезу о возможном снижении уровня стигматизации при прохождении цикла занятий по психиатрии.
3. Доказать или опровергнуть гипотезу о предполагаемом снижении уровня стигматизации вследствие огласки информации о психических расстройствах в средствах массовой информации.

Материал и методы исследования

Было опрошено 204 студента медицинского университета (1-6 курсов в возрасте 18-25 лет): из них у 59 не было цикла занятий по психиатрии, у 6 цикл проходил на момент анкетирования, у остальных 139 человек он уже прошёл. Средний возраст анкетированных составлял 22 года. 1 курс – 5 человек, 2 курс – 25, 3 курс-23, 4 курс – 21, 5 курс – 43, 6 курс - 87. Были составлены контрольная и исследуемая группы. В контрольную группу вошли студенты младших курсов, ещё не прошедшие цикл занятий по психиатрии и медицинской психологии, а в исследуемую – студенты, у которых были занятия по данной учебной дисциплине.

Участникам исследования в качестве опросника был предложен опросник воспринимаемой стигматизации PERCEIVED STIGMA QUESTIONNAIRE (PSQ) (Link, 1985). Коэффициенты надежности для этой шкалы варьируются от 0,78 до 0,87. (Angermeyeretal., 1987; Link, 1987). Оригинальный PSQ от Link (1989) представляет собой анкету из 19 пунктов, созданную для измерения воспринимаемой стигмы участников. В это исследование был включён раздел, измеряющий девальвацию-дискриминацию. Шкала девальвации-дискриминации была разработана для измерения степени дискримина-

ции респондентами лиц с психическими заболеваниями.

В этом исследовании используется модифицированная версия шкалы девальвационной дискриминации, разработанная Ангермейером, Линком и Майхер-Ангермейером (1987) для оценки отношения специалистов, работающих с людьми, получающими услуги по оказанию помощи в сфере психического здоровья. В данной версии элементы были обозначены так, чтобы отразить мнение респондента относительно того, что он сделал бы в определенной ситуации.

Например, «Я бы охотно принял человека, который получает психиатрическую помощь в качестве близкого друга». Участникам задают вопросы, ответы которых согласуются с утверждениями о лицах с психическими заболеваниями, оцененными по шестибалльной шкале Лайкерта, где 1 — полностью не согласен, 6 — полностью согласен. Баллы за все элементы складываются. Общий балл составляет от 19 до 114. Высокий уровень баллов свидетельствует о высоком уровне стигматизации.

Также, респондентам был выдан опросник Attitudesto Mental Illness Questionnaire (AMIQ), состоящий из 5 вопросов о личном отношении к человеку с героиновой зависимостью. Участники должны были ответить на каждый пункт по 5-балльной системе ответов по шкале Лайкерта с баллами в диапазоне от 1 до 6. Пункты 1, 4 и 5 оцениваются в обратном порядке, а общий балл составляет от 5 до 30. Более высокие баллы указывают на более позитивное отношение к рассматриваемому индивидууму.

Студенты медицинского университета заполняли опросники PSQ и AMIQ в Google-Формы. Распределение студентов было осуществлено случайным образом. После получения ответов на опросник данные были занесены в MicrosoftExcel, Statistika, были подсчитаны баллы.

Результаты

Получено, что средний балл стигматизации по шкале PSQ составил 44 у прошедших цикл, 45 – у непрошедших (рис.1). Полученные данные анализировались в программе Statistika. Проводились тесты по Колмогорову-Смирнову (тест пройден, так как показатель составил выше 0,2), но по Шапиро-Вилку нет, так как составил менее 0,5 у первой и второй групп. Систематические отклонения на нормально-вероятностном графике наблюдались также у обеих групп. По критерию Манна-Уитни значимость (p-value) составила более 0,05. Таким образом, наличие или отсутствие цикла занятий по психиатрии не повлияло на стигматизацию студентами пациентов психиатрических отделений. Средний балл стигматизации по шкале AMIQ был 21 у

прошедших цикл, 20 – у непрошедших (выше среднего, что свидетельствует о более позитивном отношении к индивидууму) (рис.2). Полученные данные анализировались в программе Statistika. Проводились тесты по Колмогорову-Смирнову (тест пройден, так как показатель составил выше 0,2), но по Шапиро-Вилку нет, так как составил менее 0,5 у первой и второй групп. Систематические отклонения на нормально-вероятностном графике наблюдались также у обеих групп. По критерию Манна-Уитни значимость (p-value) составила более 0,05. Таким образом, наличие или отсутствие цикла занятий по психиатрии не повлияло на стигматизацию студентами также и пациентов наркологических отделений. Ниже на рисунках представлены средние баллы стигматизации.

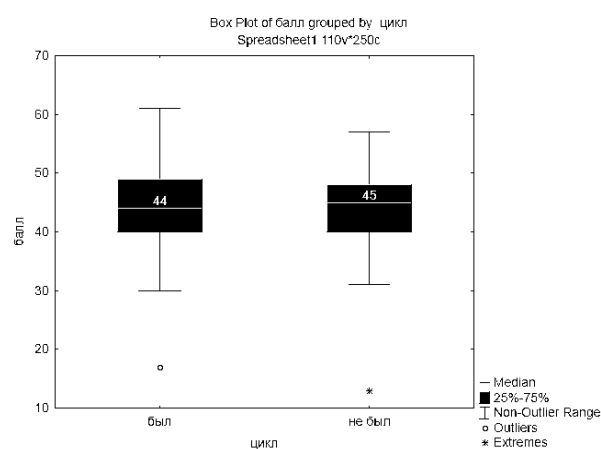


Рисунок 1. Отношение студентов медицинских вузов к пациентам с расстройствами психики

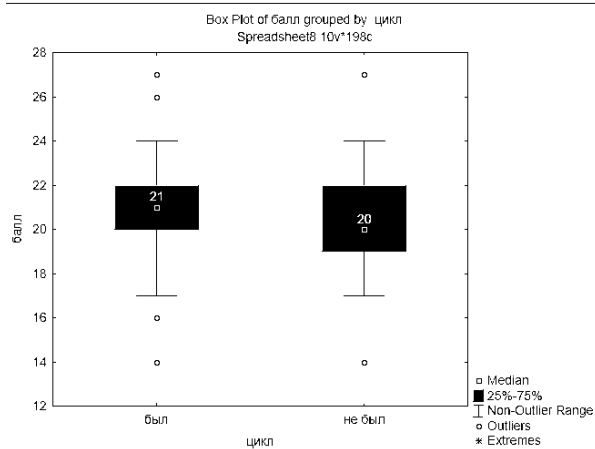


Рисунок 2. Отношение студентов медицинских вузов к пациентам с аддитивным поведением

Итоговые выводы

Исходя из результатов исследования, можно сделать выводы, что гипотеза о возможном снижении уровня стигматизации после прохождения цикла занятий по психиатрии, медицинской психологии и наркологии не подтвердилась. Баллы стигматизации были примерно одинаковыми у контрольной и исследуемой групп. Важно отметить, что на сегодняшний день студенты медицинского ВУЗа осведомлены о психическом здоровье в равной степени среди прошедших цикл занятий по психиатрии и среди непрошедших. Но отчасти можно подтвердить гипотезу о предполагаемом снижении стигматизации в силу развития информационных технологий и огласке проблем в СМИ, появления культуры заботы о ментальном здоровье. В результате проведенного исследования можно сделать вывод о том, что уровень стигматизации одинаков как среди прошедших цикл по психиатрии, так и среди непрошедших, что тоже может служить подтверждением данной гипотезы. Поэтому важно продолжать вести

просветительскую работу среди населения в сфере психиатрии и психологии для дальнейшего преодоления существующих негативных установок и стереотипов в области нервно-психических расстройств, именно тогда и сформируется более гуманное отношение к людям с расстройствами поведения.

Поскольку наблюдается положительная динамика в отношении к психиатрическим патологиям у разных групп людей необходимо корректировать для этого и факторы среды, повышать качество психиатрической помощи, делая её более доступной, создавая более надёжные информационные системы, поскольку лишь комплексное воздействие социальных, поведенческих, биологических факторов, их улучшение будет способствовать увеличению продолжительности и повышению качества жизни, благополучию людей, гармонии в отношении личности и общества в целом.

Литература

- 1) ВОЗ: необходимо срочно изменить подход к психическому здоровью и оказанию психиатрической помощи. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- 2) Г.Л.Матузов, Л.М.Масягутова Влияние производственных факторов на формирование психической дезадаптации у медицинских работников во время пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 // Медицина катастроф. - 2022. - №4. - С. 47-48. [Электронный ресурс]. URL: <https://medkatjorn.ru/alljournal/2022-4/44-49/>
- 3) Зольбинова С. Э., Бакунина С. В, Пюрбеев Н. С., Можаров Н. С. Представление о психических расстройствах и отношении к психиатрии населения г. волгограда // Бюллетень науки и практики. - 2017. - №7. – С. 175-176 [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/predstavlenie-o-psiicheskikh-rasstroystvah-i-otnoshenie-k-psihiatrii-naseleniya-g-volgograda/viewer>
- 4) Кянганен К.В. Стигматизация душевнобольных как отказ от коммуникации // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. - 2019. - №Том 8. № 4А. - С. 135-141. [Электронный ресурс]. URL: <http://publishing-vak.ru/file/archive-philosophy-2019-4/16-kyanganen.pdf>
- 5) М. Н. Дмитриев, А. Н. Санников Отдельные аспекты стигматизации психических больных и психиатрии среди студентов-медиков // Главный врач юга России. - 2019. - №5 (69). - С. 1. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otdelnye-aspekty-stigmatizatsii-psiicheskikh-bolnyh-i-psihiatrii-sredi-studentov-medikov/viewer>
- 6) Н. А. Косенко, Г. Т. Красильников, В. Г. Косенко, М. И. Агеев Истоки психиатрической стигматизации и ее перспективы // Кубанский научный медицинский вестник. - 2015. - №№ 3 (152). - С. 59. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoki-psihiatricheskoj-stigmatizatsii-i-ee-perspektivy>
- 7) Н.К. Ржевская и В.А. Руженков Стигма и проблемы организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами, сочетающимися с соматической патологией // Научные ведомости БелГУ. - 2012. - №10 (129). - С. 5-7. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stigma-i-problemy-organizatsii-meditsinskoj-pomoschi-litsam-s-psiicheskimi-rasstroystvami-sochetayuschimisya-s-somaticheskoy/viewer>
- 8) Luoma J., Kulesza M., Hayes S., Kohlenberg B., Larimer M. Stigma Predicts Residential Treatment Length for Substance Use Disorder // The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. – 2014. - 40 (3). – P. 206–212. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24766087/>
- 9) Miroslava Janoušková, Aneta Weissová, Tomáš Formánek , Jiří Pasz , Lucie Bankovská Motlová. Mental illness stigma among medical students and teachers // International Journal of Social Psychiatry. - 2017. - 63 (8). - P. 2-6. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29034811/>

Тезисы конференции: психосоциальная реабилитация

МОДИФИКАЦИЯ И РАСШИРЕНИЕ СПЕКТРА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ НА ПРИМЕРЕ ДВАДЦАТИЛЕТНЕГО ОПЫТА РАБОТЫ ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Александрова О.А., Лычкова Ю.В., Марченкова С.П., Швидко Т.А.

В структуре БУЗ ОО КПБ им Н.Н. Солодников с 2002 года функционирует реабилитационный дневной стационар, где наряду с лечебными программами, проводится комплекс психосоциальных реабилитационных мероприятий. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.05.2012г. № 566н «Об утверждении Порядков оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», приложение № 19 «Правила организации деятельности медико-реабилитационного отделения», отделение в 2014 году преобразовано в Психиатрическое медико-реабилитационное отделение.

За время работы отделения увеличился коечный фонд с 50 койко-мест в 2002 году до 65 койко-мест в 2014 году, затем до 90 койко-мест в 2019 году, что свидетельствует о востребованности проводимых в отделении реабилитационных форм работы.

На протяжении всего периода деятельности подразделения основные задачи остались неизменными: осуществление медицинской деятельности и социально-психологической помощи в условиях дневного отделения, решение вопросов трудоспособности, обеспечение преемственности со всеми подразделениями учреждения, освоение и внедрение в практику инновационных методов амбулаторной помощи, современных средств диагностики и лечения психических заболеваний. При этом методы психосоциальных воздействий постоянно модифицируются и расширяются, ориентируясь на современные требования и запросы со стороны пациентов и их родственников.

Основной контингент составляют пациенты с тяжелыми хроническими психическими расстройствами, часто сопровождающимися выраженными изменениями личности, снижением когнитивных функций, разными уровнями социальной дезадаптации. Покажем

распределение по нозологическим формам: расстройства шизофренического спектра (2010 г. – 78,9%, 2020 г. – 85,6%), непсихотические психические расстройства (2010 г. – 5,1%, 2020г. – 7,3 %), органические непсихотические расстройства (2010 г. – 9,1 %, 2020 г. – 5,7 %), умственная отсталость (2010 г. – 6,9%, 2020 г. – 1,4 %) изменился социальный статус пациентов. Если в 2010 г. среди поступивших пациентов основной контингент составляли люди с инвалидностью – 83,4%, то в 2020 г. количество пациентов с инвалидностью уменьшилось до 58,7 %. Таким образом отмечается увеличение числа обращений работающих и учащихся пациентов, заинтересованных в поддержании ремиссии, сохранении трудоспособности и качества жизни.

В рамках методической работы на базе подразделения разрабатываются и апробируются инновационные психосоциальные технологии с одновременным обучением специалистов полипрофессиональной бригады других подразделений. Таким образом был успешно внедрен метод «кейс-менеджмент».

Развитие получили индивидуальные, групповые и досуговые формы психосоциальной работы всех специалистов полипрофессиональной бригады. Расширяется тематика проводимых занятий и происходит модификация ранее разработанных с учетом запросов пациентов.

За 20 лет разработано, апробировано и внедрено в деятельность всех подразделений больницы более 40 программ тренингов психообразовательной, коммуникативной, нейрокогнитивной, арт-терапевтической направленности, личностного роста, социальных навыков и др. Положительный реабилитационный эффект групповых занятий обозначил необходимость формирования «переходных» групп для пациентов, нуждающихся в активных лечебно-реабилитационных программах на промежуточном этапе между

круглосуточным стационаром и диспансером в условиях дневного стационара.

Доказало свою эффективность, расширяя адаптационные возможности пациентов, и стало наиболее востребованным такое направление деятельности как социально-психологическое сопровождение выписанных пациентов. Ежедневное количество обращений составляет в среднем 6 – 8 человек. Данный вид деятельности включает в себя: участие в мероприятиях «клуба для пациентов», сопровождение работающих, «поддержка семейных пар» из числа пациентов, психологическое и социальное консультирование пациентов и членов их семей.

Наработанные методы позволили включить в реабилитационные мероприятия пациентов, находящихся на активном диспансерном наблюдении и требующих контроля поведения и формирования положительной мотивации к целенаправленной деятельности, независимо от характера психического расстройства.

Активные участники психосоциальных программ, прошедшие несколько этапов реабилитации, стали ведущими групп само- и взаимопомощи, соведущими мероприятий культурно-досуговой направленности и руководителями кружков. Сформировалась когорта

пациентов, участвующих в социально-значимых мероприятиях: Московские фестивали творчества «Нить Ариадны», чемпионат профессионального мастерства среди людей с инвалидностью «Абилимпикс», выпуск собственной газеты «Отражение», театральные постановки студии «Коммуналка» и концертные программы группы «Нервы джаза».

Благодаря 20-летнему опыту внедрения и проведения инновационных программ достигнута следующие результаты: четко соблюдается поэтапность реабилитационных мероприятий с усложнением реабилитационных программ; достигнут высокий уровень комплаенса между сотрудниками, пациентами и родственниками; формируется мотивация на посещение дневных программ и участковых психиатров, в том числе после выписки; снизилась нагрузка на врача, который осуществляет общий контроль; улучшились экономические показатели работы психиатрической службы. Главным достижением работы отделения стало улучшение показателей качества жизни пациентов. Изменились отношения между родственниками, пациентами и персоналом. Пациенты стали активнее проявлять себя - выходить из дома, самостоятельно посещать врача и с интересом участвовать в реабилитационных мероприятиях.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ АРТ-ПРОЕКТА «Я ТАК ВИЖУ» В МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Арсланова А.В., Гасенко К.А., Берников М.В., Шеллер А.Д.

Арт-терапевтические занятия являются одним из увлекательных для пациентов видов психосоциальной реабилитации. Помимо больших возможностей для развития творческого потенциала и ощущения максимального принятия на занятиях, арт-терапия зачастую выступает и в роли диагностического инструмента и в ряде случаев является почвой для лечебного психотерапевтического воздействия. В женском медико-реабилитационном отделении в БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» на таких занятиях используется достаточно редко встречаемая методика акватипии как способ печатания рисунков водяными красками. Техника напоминает гравюрную печать, но, в отличие от нее, возможно производство только одного однотипного изображения. Избранные работы печатались нами в виде мотивационных памяток, а также поздравительных открыток, затем стали отпечатываться

на аптечных сумках и шопперах для повседневного городского использования.

Цель: реализация творческого самовыражения пациентов путем их социальной интеграции.

Задачи проекта:

- реализация творческих работ пациентов, созданных на групповых арт-терапевтических тренингах;
- дестигматизация лиц с ментальными заболеваниями путем их социальной интеграции;
- развитие межведомственного сотрудничества: с министерством труда и социального развития, обществом инвалидов, СМИ, волонтерскими организациями.

Описание проекта (материалы и методы, результаты). Данный проект впервые был запущен на базе БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница име-

ни Н.Н. Солодников» в 2019 году у пациентов, находящихся на стационарном лечении в женском медико-реабилитационном отделении. В отделении находятся пациентки от 18 до 60 лет со стажем заболевания, позволяющим им в полной мере участвовать в реабилитационных мероприятиях. Большое внимание уделено долечиванию пациентов, перенесших первый психотический эпизод. В отделении создана достаточно комфортная атмосфера. Курация пациентов осуществляется полипрофессиональной бригадой специалистов в составе врачей-психиатров, психотерапевта, психолога, специалиста по социальной работе, медицинской сестры. Средний возраст пациенток составил $33,14 \pm 3,45$ лет. После подбора препаратов с высоким профилем переносимости, акцент в работе делается на проведении многочисленных и разнообразных тренингов с пациентами. Большой интерес вызывают у пациенток группы на развитие творческого потенциала.

В нашем отделении в 2019 г медицинским психологом стала применяться достаточно редко встречаемая методика акватипии, которая является одним из видов арт-терапевтического вмешательства как способ печатания рисунков водяными красками. В данных занятиях за 2,5 года были задействованы 75 пациенток женского пола. Нозологически группы были разнородными по характеру: 60% с расстройствами шизофренического спектра, 24% - с органическими непсихотическими расстройствами, 16% - пациентки с аффективными расстройствами. Данный тренинг, как правило, проводился медицинским психологом отделения, а также с ко-терапевтом, в роли которого выступал врач-психотерапевт. Группы проводились 2 раза в неделю, на начальном этапе носили полуоткрытый характер, включали в себя 10-12 человек, затем участницы не менялись. На совете полипрофессиональной бригады осуществлялся отбор пациенток для участия в данном тренинге, а затем проводилось предварительное интервью с пациентками.

Техника напоминает гравюрную печать, но, в отличие от нее, возможно производство только одного однотипного изображения. Сутью выполнения акватипии является нанесение краски на гладкую поверхность какого-то твердого материала (обычно использовался прозрачный пластик), затем, не дожидаясь высыхания красочного слоя, производился его отпечаток на бумагу. После того как убирался пластик, пациентам предлагалось внимательно рассмотреть цветное пятно и попытаться уви-

деть в нем фрагменты каких-либо образов или, по крайней мере, подумать, с чем это пятно ассоциируется. Материалами служили бумага, гуашь или акварельные краски, кисти, емкости с водой, куски пластика размером примерно 10x15 см. После этого участникам группы необходимо было, опираясь на возникшие ассоциации и внося отдельные дорисовки, сделать из пятна целостную композицию и попытаться описать ее в виде рассказа. Как правило, на первых встречах превалировал свободный стиль рисования, первые занятия имели по большей части досуговый характер, были направлены на сплочение коллектива, создание доверительных отношений в группе. Последующие встречи носили тематический характер, направлены были на проработку определенного эмоционального состояния, где на одну заданную психологом тему пациенты старались воплотить свое понимание проблемы, например, свое видение «Радости», «Страха», «Стыда», «Желаемого состояния» с последующим повествованием. Часть пациенток имела сложности в описании своих работ (например, у некоторых пациенток с шизофренией, депрессивными состояниями), допускалось письменное повествование, которое при излишне травматичном переживании пациентки, разбиралось затем на индивидуальных психотерапевтических сессиях. Занятия были разной направленности по стилю и выражению эмоционального состояния. Использовались техники на налаживание коммуникации и установление дружелюбного контакта, развитие свободного творчества, преодоление алекситимии.

При отрицательной характеристике своего творчества пациентом терапевты помогали ему трансформировать данное переживание, рефреймировали его в позитивном ключе, оказывалась помощь в поиске ресурса.

На итоговом занятии в первый год ведения группы участникам было предложено нарисовать в технике акватипии рисунок на тематику предстоящего Нового года, после чего избранные работы пациенток легли в основу праздничных открыток, которые изначально печатались нами в полиграфии. Таким образом, был запущен пилотный проект «Я так вижу» по реализации творческих работ пациенток.

В 2020 году рисунки пациенток стали оцифровываться нами к каждому тематическому празднику – Дню Защитника Отечества, 8 Марта, Дню медицинского работника, стали печататься уже силами самих пациенток на широкоформатном принтере, купленном для

нашего проекта. Открытки пациентки дарили своим родственникам, мы дарили другим подразделениям больницы, а также другим медицинским учреждениям города и некоторым медицинским учреждениям страны.

Помимо поздравительных серий на регулярной основе печатаются мотивационные открытки-памятки, которые выдаются на руки пациентам при переводе на режим дневного стационара и/или при выписке из отделения. На обороте такой памятки разлинованы поля под время суток, куда своей рукой пациент при участии лечащего врача записывает принимаемые препараты.

В декабре 2021 года арт-проект стал расширять границы – пациентки отделения, посещающие швейный цех нашей больницы при наставничестве инструктора по трудовой терапии отшивают сумки-шопперы и сумки для получения медикаментов из внутренней аптечной сети. Параллельно рисунки пациентов после оцифрования распечатываются на широкоформатном принтере на термотрансферную бумагу. Затем пациенты в отделении методом влажно-тепловой обработки отпеча-

тывают изображения на сумках, в итоге получают шопперы ручной работы с яркими уникальными принтами. Данный проект приобрел особую популярность – поступают заказы на изготовление данных шопперов, местные СМИ также выразили интерес к нашему проекту, начали появляться публикации о нем. На данный момент нами осуществляется юридическое сопровождение проекта для возможности дальнейшей реализации продуктов творчества пациентов.

Выводы (социальная значимость).

Данный проект функционирует как инклюзивная мастерская в рамках стационарного подразделения психиатрической больницы. Уникальность заключается в участии самих пациентов от идеи рисунка на групповом арт-терапевтическом тренинге до его переноса на самостоятельно отшитую сумку. Помимо инструмента реабилитационного психологического воздействия проект «Я так вижу» играет важную дестигматизирующую роль, а также способствует более успешной интеграции наших пациентов в общество.

ТРЕНИНГИ КАК ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ.

Белебеха Е.А., Жданова Ю.А., Гашков С.И., Павленко Е.Н.

Психические расстройства с хроническим течением приводят к ограничению способности к самообслуживанию, снижают уровень социально-трудовой адаптации пациентов. Актуальность проблемы ставит перед клиницистами задачу поиска новых форм помощи пациентам. Для этой цели было создано стационарное мужское медико-реабилитационное отделение №25 на базе БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н.Солодниковой».

Специалистами данного отделения осуществляется подбор эффективного и переносимого лечения, оказывается социально-психологическая помощь с привлечением самих пациентов к активному участию в лечебно-реабилитационных программах. Все мероприятия направлены на восстановление максимально доступного пациентам уровня социального функционирования.

Пациентам рекомендуется посещение коммуникативных тренингов, тренинга когнитивных навыков, психообразовательного мо-

дуля «Жизнь с болезнью» с настроен на регулярный приём поддерживающего лечения в амбулаторных условиях. Большое внимание уделяется психообразовательной работе с пациентами как в индивидуальной, так и в групповой форме. Так как психообразовательная работа проводится для пациентов, неоднократно поступающих в стационар и ранее уже участвующих в пододных мероприятиях, особое внимание уделяется разбору причин, приводящих к ухудшению состояния, акцентируется внимание на регулярности приема психофармакопрепаратов в амбулаторных условиях.

Психологом отделения проводится «Тренинг когнитивных процессов». Одним из основных условий при отборе пациентов в группу является гомогенный уровень когнитивных функций. Следует отметить, что в ходе занятий, пациенты охотнее выполняют задания в игровой форме: игра «Мемори», «Хранитель тайны», выполнение различных заданий со

счётными палочками, мячом; одним из новых инструментов в работе стали ассоциативные метафорические карты. С помощью них можно создавать множество упражнений для развития ассоциативного мышления, тренировки памяти и внимания, эмоционального интеллекта, они так же позволяют безболезненно отразить актуальные переживания пациентов. Основной этап занятий включает упражнения по развитию и тренировке когнитивных функций – внимания, памяти, мышления, регуляторных процессов.

Медицинскими сёстрами отделения проводятся групповые занятия с пациентами по модулям: «Правильный приём лекарственных препаратов», «Здоровый образ жизни», «Правила оказания первой помощи» и «Правила поведения в экстренных ситуациях», «Правила личной гигиены». В рамках тренинга «Независимое проживание» обсуждаются такие темы как режим дня, уход за одеждой и обувью, уборка в квартире, приготовление пищи, вопросы распределения денежных средств (бережливость и экономия), правила поведения в общественных местах. В рамках тренинга «Трудотерапия» пациентам рассказывается о важности наличия значимых видов деятельности и целей, а работа, рассматривается не

только как синоним оплачиваемого труда – обращается внимание на важность наличия у человека значимых занятий и целей – занятие творчеством, изучение чего-то нового. Для проведения групповых занятий с пациентами с выраженным снижением интеллектуально-мнестических функций была обучена медицинская сестра, в группе участвует ограниченное количество участников (3-4 человек). В период пандемии коронавирусной инфекции были созданы новые психосоциальные модули – «Экскурсии по городам и странам» и «Музеи города Омска».

Специально для пациентов, которые для дальнейшего проживания переводятся в ПНИ, был разработан модуль «Адаптивный». В его задачи вошли уменьшение напряжённости, тревожности и переживаний. Каждый пациент в индивидуальном порядке имеет возможность ознакомиться с правилами проживания в социальном учреждении, условиями проживания, посмотреть фотографии. Весь комплекс психосоциальных мероприятий позволяет с наибольшей эффективностью осуществлять лечение тяжелого контингента пациентов, восстанавливая приемлемый для каждого из них уровень социального функционирования.

СЕСТРИНСКИЙ КОМПОНЕНТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Воронкова Т.А., Скотникова Т.И., Куприенко Л.Б., Бегалина М.К., Хаирбаевна А.К.,

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

Доминирующей задачей психотерапии в общественно ориентированной психиатрии становится раннее выявление и активная терапия на начальных этапах непсихотических психических расстройств (НППР) для предотвращения их хронизации, уменьшения трудо-

потерь, инвалидизации и повышение качества жизни профильного контингента.

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

Дизайн исследования. Сестринское исследование проводилось на базе БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» в психотерапевтическом амбулаторном отделении с декабря 2014 года по июнь 2015 года. В состав исследовательской группы вошли заведующий отделением, врачи-психотерапевты, медицинский психолог, медицинские сестры психотерапевтического амбулаторного отделения. Координацию осуществляла Главная медицинская сестра клиники. Исследование включало пять этапов:

1 этап - Разработка технологий сестринского психиатрического сервиса психосоциальной реабилитации пациентов, и обучение

медицинских сестер данным технологиям. Обучение прошло пять медицинских сестер.

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

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

Пациентки были поделены на две группы:

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

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

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

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

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

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

Теперь рассмотрим более подробно каждый этап исследования.

Сестринские технологии психиатрического сервиса включали в себя следующее:

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

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

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

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

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

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

7. Психообразование с родственникам. Разработаны и реализованы тренинги «Возрастные кризисы женщин», «Семейные проблемы

и их решение», «Медикаменты и семейный стиль».

Результаты и обсуждение.

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

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

2. Повторные обращения, потребовавшие госпитализации в психиатрическую больницу, отмечались у 6 пациенток (9,3%) основной группы, и у 2 пациенток контрольной группы (11,8%). Мы связываем это с возможностью пациентов на ранних этапах предотвращать обострение психических заболеваний, их высокой информированностью в этих вопросах. В некоторых случаях пациентки до обращения в клинику звонили медицинским сестрам и делились с ними своими болезненными переживаниями и мотивировались к необходимости обращения в амбулаторную службу.

3. Следует отметить более высокий уровень приверженности к лечению у пациентов основной группы. Значение по этому признаку составило $1,16 + 0,10$ баллов в основной группе, в контрольной $2,25 + 0,17$ балла. В контрольной группе пациентки были склонны к тому, чтобы снижать дозу препаратов, заменять их дженериками, они активно изучали инструкции к лекарственным препаратам, искали побочные действия лекарств. Были склонны к использованию сомнительных «методов лечения» типа «народных средств», «целительства», «энергоинформационной терапии» и пр. В основной группе пациентки получали достоверную проверенную информацию и вовремя решали возникающие вопросы по лечению. Поведение пациенток менялось: они более осторожно относились к психотравмирующим обстоятельствам, в 3

случаях в основной группе пациентки расстались с алкоголизирующимися сожителями, из них двое установили новые отношения. Пациентки отвергали роль жертвы, решительно и аутентично занимались вопросами создания благоприятной психологической обстановки.

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

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

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

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

- оценка своего психического здоровья: $1,05 + 0,15$ баллов в основной группе и $2,07+0,38$ в группе сравнения;

- удовлетворённость своим психическим состоянием: 1,76 + 0,25 баллов в основной группе и 3,62 + 0,43 в группе сравнения;

- удовлетворенность физическим самочувствием: 0,95 + 0,15 баллов в основной группе и 2,03 + 0,37 в группе сравнения;

- удовлетворённость профессиональной деятельностью: 2,07+0,34 баллов в основной группе и 2,34 + 0,41 в группе сравнения;

- общение с друзьями и знакомыми: 2,57+0,17 баллов в основной группе и 3,05+0,24 в группе сравнения;

- ведение домашнего хозяйства: 2,51+0,40 баллов в основной группе и 2,34+0,38 в группе сравнения.

Наше исследование нуждается в продолжении и определении роли каждого компонента в психосоциальной реабилитации. Мы считаем, что вопросам психосоциальной реабилитации пациентов с непсихотическими расстройствами до настоящего времени уделя-

лось незаслуженно мало внимания. Учитывая то, что эти пациенты имеют более благоприятный социальный дисплей, и при соответствующем лечении, способны полностью восстановить психосоциальные функции.

В современном российском обществе отсутствует запрос на психотерапевтическую помощь; его формирование возможно после длительного предметного психогигиенического просвещения. Исторически сложилось так, что потребность населения в обращении к специалистам при возникновении проблем в психической сфере не выражен, пациенты обращаются к врачам-психотерапевтам в последнюю очередь, нередко - в состоянии психоза.

Разработка системы повышения информированности всех участников социальной практики в отношении пограничной психиатрии может стать реальным фактором профилактики психической патологии.

РЕАЛИЗАЦИЯ ГРУППОВЫХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФОРМ РАБОТЫ НА БАЗЕ БУЗОО «КПБ ИМ. Н.Н. СОЛОДНИКОВА»

Шеллер А.Д., Марченкова С.П., Лычкова Ю.В.

Психосоциальная реабилитация на современном этапе заняла одну из центральных позиций при оказании психиатрической помощи наряду с психофармакотерапией. Для организации успешной работы в данном направлении были разработаны, адаптированы и внедрены специальные тренинги, направленные на решение проблем с учетом специфики течения заболевания, возраста, социального статуса и реабилитационного потенциала пациентов.

В БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова» созданы условия для проведения групповой психосоциальной работы разной направленности со всеми категориями пациентов, как в условиях круглосуточного стационара, так и на амбулаторном этапе. Групповые методы работы с людьми, страдающими психическими расстройствами, дают благоприятные возможности для социализации пациентов, решения коммуникативных проблем и развития их эмоциональной сферы.

Решение о включении пациента в групповую работу определенной направленности принимается на совете полипрофессиональной бригады под руководством лечащего

врача-психиатра в зависимости от имеющихся у пациента медицинских, социальных и психологических проблем и фиксируется в листе психосоциальных назначений. Динамика и результаты групповой работы конкретного пациента отражаются в соответствующей документации и истории болезни.

Для подготовки специалистов полипрофессиональной бригады, участвующих в групповой работе, организованы обучающие занятия основным принципам проведения тренингов.

Специалист - ведущий группы стремится к максимальной индивидуализации задач относительно каждого участника группы, при этом проводится индивидуальная беседа с каждым участником группы после каждого занятия, особенно на начальном этапе реабилитации. Такое сочетание индивидуального и группового подходов является оптимальным, так как позволяет совмещать глубокое проникновение в проблемы биографического характера с уникальными возможностями диагностики коммуникативных нарушений и коррекцией межличностных конфликтов.

Нарушения отдельных элементов в структуре социального поведения каждого пациента различны, это требует учета при проведении психосоциальных мероприятий. При дезадаптации, связанной с низким уровнем социального опыта, оказываются достаточными приемы активизации общения, тренировка новых для пациента навыков поведения. При достаточном реабилитационном потенциале пациентов используются психологические и коммуникативные тренинги высокого уровня.

Группа создает благоприятную обстановку, в которой пациент может учиться говорить о том, что его беспокоит, выражать свои чувства, узнавать от других, как он выглядит, какое впечатление производит на окружающих, какую меру ответственности он должен нести за свою собственную жизнь вне зависимости от получаемой от окружающих поддержки. Динамика поведения пациента в группе является наглядным индикатором повышения адаптивности социального поведения.

В ходе группового взаимодействия пациенты неизбежно начинают воспроизводить привычные для них образцы дезадаптивного поведения, предоставляя, таким образом, специалисту и лечащему врачу-психиатру ценнейший материал в наличии психологических установок, коррекция которых может быть проведена лишь в групповой работе.

На начальном этапе групповой психосоциальной работы у пациентов выявляется слабая групповая сплоченность, низкий уровень толерантности к стрессу, сложность в подражании моделям положительного социального поведения. Это требует от специалиста, проводящего группу, определенных знаний в области психиатрии.

Особое значение в групповой работе имеет активность ведущего, четко сформулированная речь. Целесообразно использовать план занятия и резюмировать выполнение каждого его пункта, прежде чем переходить к следующему. Позиция ведущего должна быть директивной, допускается вмешательство участников в процесс обсуждения, однако оно должно быть кратким и фокусированным. Групповая работа должна сопровождаться постоянной стимуляцией ответственности членов группы за содержание занятия.

Многолетний опыт проведения на базе больницы групповых психосоциальных занятий доказал, что наибольшую эффективность дает организация групповых занятий по принципу мультимодальности: сочетание элементов разных видов групповой работы в одном

занятии. Например, при проведении коммуникативной группы дополнительно используются элементы арт-терапии и задания когнитивной направленности.

В БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» проводятся модульные занятия для разных категорий пациентов взрослого возраста в зависимости от их возраста, длительности заболевания и социального статуса. Условно можно выделить следующие группы пациентов: пациенты с хроническим течением заболевания; пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении; пациенты с первым психотическим эпизодом; пациенты непсихотических отделений; лица, находящиеся на принудительном лечении; геронтологические пациенты. Особую когорту составляют дети, страдающие психическими расстройствами.

Охват пациентов с хроническим течением заболевания различными видами групповой работы в среднем составляет 66 % за год по стационарным отделениям и дневным стационарам. При планировании и проведении групповых занятий с данной категорией необходимо учитывать уровень реабилитационного потенциала каждого пациента.

Время проведения занятия составляет от 30 до 45 минут. Оптимальное количество участников в закрытой группе определяется сложностью тренинга и составляет от 6 до 10 человек. Форма открытых групп предполагает большее количество участников.

Арсенал тренинговых циклов достаточно разнообразный: выбор зависит от разработанной индивидуальной программы реабилитации, определенной на совете полипрофессиональной бригады. Разработаны и модифицированы следующие психообразовательные, психологические и социальные программы: «Жизнь с болезнью», психообразовательный тренинг для родственников, «Песочная психотерапия», «Восстановление когнитивных функций у лиц, страдающих психическими расстройствами в постковидный период», «Антистрессовый стиль жизни», «Гид по коронавирусной инфекции», тренинг «Адаптивный» и др.

Вовлеченность пациентов, находящихся на амбулаторном лечении в условиях дневных стационаров, в групповую работу составляет в среднем 72%.

Пациенты данной категории могут подготовиться к групповой работе: выбрать соответствующий наряд, принести небольшие подарки для других участников группы, а как следствие чувствуют себя более раскрепощено на занятиях. Ведущий группы имеет возмож-

ность на более широкий выбор тренинговых программ и заданий для группы, выполнение которых включает и задания на дом. Значимым становится опыт пациентов, которые длительно не госпитализируются в круглосуточные стационары. Увеличивается длительность занятия от 45 до 60 минут и количество участников от 8 до 12.

Все пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении в условиях дневных стационаров, проходят в среднем 3 цикла групповых занятий различной направленности, с учетом уровня социальной дезадаптации и социального статуса за одну госпитализацию.

Другого подхода от специалистов полипрофессиональной бригады требует когорта пациентов отделения первого психотического эпизода. Вовлеченность в групповые формы работы составляет в среднем 77 %.

Первичные психосоциальные мероприятия в рамках реабилитационной работы решают проблемы формирования комплаентности, стигматизации и самостигматизации пациентов, включенных в программу первого психотического эпизода.

Для достижения положительных результатов акцент во всех тренинговых программах с пациентами первого психотического эпизода делается на включении психообразовательного компонента. Занятия проводятся достаточно интенсивно по временным рамкам – 2 – 4 раза в неделю, это обусловлено короткими сроками госпитализации. Длительность занятия в пределах 60 минут. Количество участников от 10 до 12. Каждый участник группы после занятия может получить индивидуальную консультацию.

С учетом специфики первого психотического эпизода и высоким реабилитационным потенциалом пациентов разработаны и модифицированы групповые модули: «Жизнь с болезнью», нейрокогнитивный тренинг, «Трудоустройство с поддержкой», «Снятие психоэмоционального напряжения», «Семейная психотерапия», творческий тренинг «Краски жизни» и др.

Особого внимания требует групповая работа с лицами, находящимися на принудительном лечении. Охват данной категории пациентов составляет в среднем 78%.

Сложности при проведении тренинговых модулей обусловлены рядом факторов таких, как некомплаентность пациентов, часто встречающаяся патологическая зависимость от психоактивных веществ, наличие госпитализма, пребывание в одном отделении пациентов с

различными формами асоциального поведения, длительность принудительного лечения.

Данные факторы диктуют необходимость дифференцированного подхода к созданию реабилитационных тренинговых программ для пациентов.

Для достижения стойких результатов тренинг с данной категорией должен проводиться достаточно продолжительный период времени — от 1 месяца до полугода. Длительность занятия от 45 до 60 минут. Количество участников от 6 до 8 человек.

С учетом специфики принудительного лечения успешно применяются такие тренинговые программы, как: «Точка трезвости», «Развитие положительных эмоций», «Преодоление стресса», «Эффективное общение и межличностные взаимоотношения», «Терапия творчеством», «Повышение уровня комплаентности при психофармакотерапии» и др.

Значительное количество пациентов соматогеронтологического профиля требует особого подхода к организации групповых занятий. Вовлеченность в психосоциальные занятия составляет в среднем 47 %.

Состав группы формируется однородный с учетом когнитивного дефицита. Количество участников от 4 до 6. Длительность проведения занятия от 30 до 40 минут.

При организации занятия учитываются возрастные особенности пациентов (слабое зрение, тремор рук), для выполнения упражнений применяются трафареты, шаблоны, толстые трехгранные карандаши, крупные картинки и другой раздаточный материал.

Наибольший эффект с данной категорией пациентов имеет сочетание в занятиях элементов тренингов когнитивных функций и социальных навыков: «Тренинг когнитивных функций», творческий тренинг с элементами тренинга когнитивных функций «Цвета радуги», «Радость», «Сказкотерапия», «Правила поведения в экстремальных ситуациях», «Восстановление навыков самообслуживания», «От простого к сложному» и др. Большое внимание уделяется проведению психообразовательных занятий для родственников пациентов.

Групповая работа в отделениях непсихотического профиля составляет в среднем 59%. Пациенты данной категории, как правило, имеют сохраненный социальный статус. Это обуславливает тщательный выбор упражнений для групповой работы, профессионализм специалиста выстраивать эффективные коммуникации, оказывать помощь в решении сложных жизненных ситуаций, коррегировать само-

оценку и способствовать укреплению эмоционально-мотивационной сферы пациентов.

Длительность занятия составляет 60 минут. Количество участников от 8 до 10.

Для пациентов психиатрических отделений непсихотических расстройств разработаны тренинговые циклы «Счастье внутри каждого», «Путь к саморазвитию», «Уверенное поведение», «Лечебная физкультура», «Коррекция эмоционального состояния и поведения пациентов посредством мультисенсорного воздействия» и другие.

В целях обеспечения преемственности оказания помощи пациентам, облегчения адаптации их от стационарных, достаточно закрытых условий к социальной активности, разработан и внедрен такой вид групповой работы, как «переходные» группы. Данные группы формируются в стационаре при подготовке к выписке пациентов, находящихся в стабильном психическом состоянии. Целью является выявление пациентов, нуждающихся в активных лечебно-реабилитационных программах на промежуточном этапе между стационаром и диспансером.

Данный вид помощи позволяет пациентам получать все необходимые мероприятия в максимально удобных условиях, не отрывая от привычной домашней обстановки, профилактирует госпитализм. При этом пациенты обу-

чаются конструктивному взаимодействию с окружающим миром, структурируется режим дня, формируется ответственное отношение к приему медикаментов и контролю состояния.

Тренинг комплектуется в зависимости от состава группы и потребностей пациентов. Каждое занятие представляет собой одно из нескольких направлений психологической и социальной работы: «Восстановление навыков независимого проживания», «Антистрессовый образ жизни», «Арт-терапия», «Эффективное общение» и др.

Таким образом, при проведении групповой работы необходимо четко дифференцировать группы пациентов для более фокусированной и направленной на эффективный результат деятельности.

При комбинированном использовании фармакотерапии и психосоциальных методов реабилитации, в частности, групповой работы разной направленности, улучшается качество жизни пациентов больницы. Эффективность проводимой психосоциальной работы выражается в снижении числа госпитализаций и рецидивов болезни, повышении социальной адаптации, мотивации к продуктивной деятельности, творческой самореализации, появлении новых коммуникативных структур у молодых людей, страдающих психическими расстройствами.

ВЫРАЩИВАНИЕ МИКРОЗЕЛЕНИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Петрова Е.А., Пластун Е.Н., Гасенко К.А., Арсланова А.В.

Учитывая необходимость длительного пребывания пациентов в стационарных условиях для решения социальных вопросов, возникает потребность в организации их активности. Персонал женского медико-реабилитационного отделения №24 ежедневно привлекает пациентов к продуктивному времяпрепровождению, не давая повода для усугубления апато-абулического синдрома. Вдохновением для нас послужило такое занятие, как выращивание микрозелени. С большим удовольствием и интересом было освоено новое увлечение — садоводство, под названием «модницы — огородницы».

Цель: стимуляция и активация пациентов, приучение к ответственности, стабилизация и закрепление работоспособного состояния, получение результатов продуктивности своего труда в условиях стационара.

Материалы и методы: Данное занятие введено в регулярную работу коллективом МРО №24 в мае 2022 года. Средний возраст пациентов составил 34 года. В процессе проведения задействованы 36 пациентов женского пола. Нозологически группы были разнородными по характеру — 49% пациентов с расстройствами шизофренического спектра, 29% - с легкой умственной отсталостью, 22% - с органическими непсихотическими расстройствами, все пациенты были без психопродуктивной симптоматики, с высокой мотивационной активностью. Данное занятие «выращивание микрозелени» предусмотрено для проведения в помещении, с использованием всех необходимых предметов (ящики с землёй, семена, лейка с водой, перчатки и фартуки для «модниц-огородниц»).

Результаты: Современное время и возможности нашей реальности, когда мы можем

вырастить зелень в своем виртуальном огороде или ещё проще, купить её в магазине, люди отделились от того, что нам было передано предками. И такие банальные вещи, как занятия садоводством, домоводством, животноводством, уже сейчас становятся далекими и не настолько актуальными, как это было ранее. Поскольку наши пациенты, проводят в больнице длительное время, то разнообразное и продуктивное времяпрепровождение необходимо для реабилитации и возвращения к полноценной жизни за пределами больницы. Коллектив отделения отзывчив в этом плане и с удовольствием делится своим опытом, наработками, увлечениями, интересами, позволяя нашим подопечным испытать атмосферу домашних забот, сезонных работ и просто вдохновения от организованного времени. Садоводство в «домашних условиях», поскольку медико-реабилитационное отделение №24 для многих пациентов становится родным домом, пусть не навсегда, но все же на продолжительное время. Пациенты проводят в больнице от одного месяца до года (по социальным показаниям), а в некоторых случаях и больше. Они живут большой дружной семьей, помогают друг другу, заботясь друг о друге, в том числе и выращивая витаминную зелень для себя и тех, кто ещё не изъявил желания участия в процессе. А рассматривая саму суть выращивания, когда можно погрузиться глубоко в размышления, избавиться от негативной энергии, наблюдать, как зарождается новая жизнь, тянется к свету, нуждается в поливе, а иногда и в добром слове, но и в последующем употребляя в пищу микрозелень, богатую клетчаткой, витаминами и микроэлементами, осознавать какой путь пройден. И на примере своих вложений, сил и времени, у

многих пациентов происходит переосмысление своего жизненного пути, пусть не сразу, но в процессе выращивания, заметно снижается чувство тревоги, когда мысли отвлекаются на деятельность, осуществляемую своими руками. Появляется чувство ответственности, заботы за продуктом своей деятельности. Каждый момент соприкосновения, с посадки и до сбора урожая, сопровождают сотрудники отделения, проговаривая банальные вещи, но столь актуальные и являющиеся главным ресурсом психики — последовательность. О том, что каждый росточек нуждается в заботе, тепле, поливе, солнечном свете и т.д. Таким образом, простые потребности удовлетворяются растениями, а для пациентов это является своеобразным аутотренингом и осознанием, что есть необходимость регулярного сопровождения любого живого существа. Весь процесс выращивания составляет основные действия, начинающиеся с подготовки грунта, подбора семян (с учетом их особенностей ухода и полезных свойств), посадка семян под пленку, полив, обеспечение «солнечным» светом (процесс поворачивания минигарядки по отношению к дневному свету) и приятный момент первой срезки. Эти запоминающиеся моменты оставляют позитивные воспоминания у каждого участника процесса.

Выводы: Таким образом, выращивание микрозелени в условиях стационара, позволяет проявить у наших пациентов такие качества, как ответственность, чувство нужности, самостоятельность, желание оказать эту помощь, иногда в «ущерб» своему состоянию, при котором не хочется ничего делать, возрастает мотивация и потребность быть занятым, наблюдая за процессом созревания урожая.

РАСШИРЕНИЕ СЕСТРИНСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ В РАМКАХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С ВКЛЮЧЕНИЕМ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Швидко Т.А., Галенко О.С.

Помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, последние десятилетия приобрела социально ориентированный характер. Ведущим в работе с данным контингентом больных является биопсихосоциальный подход. Основной задачей реабилитации психически больных является возвращение пациента к социально значимой жизни в обществе и повышение качества жизни. В процессе проведе-

ния психосоциальной реабилитации происходит преодоление стресса, связанного с возникновением психического заболевания, предупреждение рецидивов болезни и регоспитализаций.

Реабилитационные мероприятия успешно внедрены в лечебно – реабилитационные программы ведения больных в условиях психиатрического медико – реабилитационного

отделения (ПМРО) БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова».

Медицинские сестры, являясь полноправными членами полипрофессиональной бригады, выполняют важные функции, без которых невозможна полноценная реабилитационная работа. Процесс реабилитации длительный и трудоемкий, требует максимальной отдачи сил сотрудников больницы, которые должны иметь организаторские навыки, разбираться в психологии отношений, так как от участников полипрофессиональной бригады требуется большая наблюдательность и высокая психологическая готовность к общению с лицами, имеющими психические расстройства.

В функциональные обязанности медицинских сестер психиатрических клиник в настоящее время включены помимо «традиционных» функций (уход за пациентами, выполнение врачебных назначений и процедур), более сложные, собственно реабилитационные.

На базе ПМРО разработаны, апробированы и внедрены инновационные методики психореабилитационной работы. Одним из таких «нововведений» является применение адаптивной физической культуры и используется биопсихосоциальная модель терапии и реабилитации, которая предполагает интеграцию биологической, психо – и социотерапии в едином комплексе лечебных мероприятий, что позволяет повысить уровень социальной адаптации и качества жизни больных.

Реабилитационные мероприятия включают фармакологические средства, лечебно - профилактические, психотерапию и адаптивную физическую культуру (далее - АФК). Очень важное место в реабилитации занимает трудовая реабилитация, проводимая индивидуально для каждого больного и обусловленная в первую очередь характером заболевания. Наряду с возвращением к трудовой деятельности, в социальной адаптации, важную роль играет физическое состояние пациента.

Комплексный подход реабилитационных мер, включая физиотерапевтическое лечение, ЛФК, АФК как неотъемлемый фактор, оказывающий нормализующее воздействие на ЦНС, на вегетативную нервную систему, в связи с чем возникает необходимость в квалифицированных назначениях методиста ЛФК и АФК, отражающихся в медицинской документации. Значение комплексов физических упражнений для здоровья организма человека очень велико, а для людей страдающих расстройством психики – необходимая мера, так как нагрузки положительно влияют на эмоциональную сфе-

ру, они вызывают чувство бодрости, радости, отвлекают от различных болезненных переживаний, способствуют устранению неуверенности, беспокойства, страха, различных «невротических» проявлений и создают более уравновешенное состояние. Физическая активность оказывает благотворное воздействие практически на все органы и системы человека: повышение потенциала иммунной системы, рост ферментной активности и улучшение естественной сопротивляемости вирусным заболеваниям; активизация обмена веществ, стимуляция работы эндокринной системы и тканевого обмена; нормализация компенсаторных функций и общий тонизирующий эффект; благотворное влияние на психику, профилактика депрессии и расстройств нервной системы.

Проведение индивидуальных и групповых комплексов АФК и ЛФК направлена на облегчение экстрапирамидных проявлений (заторможенность, скованность, неусидчивость, тремор), вызывает положительные эмоции, способствующие выделению эндорфинов и энкефалинов, которые нормализуют функционирование ЦНС и приводят к устойчивому балансу вегетативных, гормональных и гуморальных реакций в организме. В БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» активно ведется работа по физической реабилитации пациентов посредством комплекса мер, реализуемых в стационарах учреждения (ЛФК, массажный кабинет, физиотерапия). ЛФК выполняется по назначению врача. Это может быть невролог, ортопед, терапевт, педиатр, психотерапевт, логопед и др.

1. Сначала пациент попадает на первичную консультацию к специалисту.

В зависимости от диагноза, пациенту могут порекомендовать занятия ЛФК. Консультация специалиста необходима и в случае повторного обращения, если от момента первичного осмотра прошло не менее 3 месяцев.

2. Далее пациент проходит консультацию врача ЛФК.

Методист ЛФК разрабатывает гимнастические комплексы для проведения занятий по лечебной физкультуре и процедур с пациентами, осуществляет в учреждении методическое руководство средним медицинским персоналом (инструкторами по лечебной физкультуре, медицинскими сестрами).

3. После этого начинаются непосредственно занятия ЛФК.

Занятия ЛФК делятся на индивидуальные и групповые.

Индивидуальные занятия ЛФК: длительность занятия 20 минут.

Мы чаще всего используем занятия, состоящие из двух частей (по 20 минут каждая, всего 40 минут). Это позволяет наиболее эффективно проработать минимум две задачи, правильно распределить усилия и не устать.

В зависимости от состояния пациента, его двигательных возможностей, возраста, роста, веса и др. показателей занятия могут проходить: (на специальных тренажерах; на беговой дорожке; на стабилометрической платформе (в т.ч. с БОС); на специальном столе; стоя, сидя, лёжа; с использованием средств облегчения: трости, ходунки, подвесные системы и др.; с использованием инвентаря (шведская стенка, эспандеры, мячи и др.).

Для каждого больного индивидуально подбираются лечебные упражнения, составляются комплексы занятий с соблюдением нагрузочного режима, который определяется темпом, ритмом, амплитудой движения, количеством повторений, правильно выбранным исходным положением.

На фоне специальных дыхательных упражнений применяются динамические и статические, активные, пассивные и с помощью; упражнения корригирующие и рефлексорные, на растягивание, в равновесии и координацию, а также с использованием предметов и снарядов (в их состав входят специальные тренажеры). Требуется время, чтобы организм смог перестроиться и восстановить оптимальное выполнение движений. Если все делать правильно, то организм с благодарностью ответит на

заботу повышением энергии и выздоровлением.

Групповые занятия ЛФК: длительность занятия 20 минут. Занятия проводятся в мини-группах (не более 5 человек). Группы формируются по возрасту (взрослые / дети) и по заболеваниям.

В связи с внедрением данной модели терапии, пациенты нашего учреждения приняли участие в Региональном чемпионате Омской области «Абилимпикс» (компетенция «Адаптивная физическая культура»), который проходил на базе Омского колледжа профессиональных технологий. Пациентов подготовили инструктора ЛФК и медицинские сестра. Участники заняли почетные II и III места, награждены дипломами и ценными подарками

Исходя из вышеизложенного, адаптивная и лечебная физкультура – неотъемлемая составляющая медицины, позволяющая ускорить процесс восстановления качества жизни людей, страдающих психическими расстройствами. Подобранные лечение и комплекс реабилитационных мероприятий – залог успешной социальной адаптации, рассчитанное на то, что обучившись определенному комплексу физических упражнений, индивидуальных программ АФК, пациент сможет в дальнейшем применять данные методики самостоятельно в домашних условиях. Это является основной целью внедрения данного направления реабилитации в стационарных и амбулаторных условиях больницы.



Новости психиатрии

ОЖИРЕНИЕ – ФАКТОР РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

<https://psyandneuro.ru>

Ожирение значительно увеличивает вероятность развития психических расстройств. Это относится ко всем возрастным группам, причем женщины подвержены большему риску, чем мужчины. Исследователи из Научного центра Complexity Science Hub и Венского медицинского университета проанализировали общенациональный реестр госпитализаций в Австрии за период с 1997 по 2014 год, чтобы определить относительные риски сопутствующих заболеваний при ожирении и выявить статистически значимые половые различия. После отбора данных в выборке осталось 3 млн пациентов без ожирения и 161 тыс пациентов с ожирением.

Анализ данных показал, что ожирение значительно повышает вероятность развития психических расстройств во всех возрастных группах, включая депрессию, никотиновую зависимость, психозы, тревожность, расстройства пищевого поведения и расстройства личности.

Авторы исследования искали типичные закономерности в возникновении заболеваний. Ожирение было первым диагнозом, поставленным до постановки психиатрического диагноза, за исключением психозов. Психозами обычно заболели до развития ожирения. Обычно связь психических расстройств с ожирением и диабетом объясняют побочными эффектами психофармакологического лечения. Это верно для шизофрении, где наблюдается такой временной порядок – сначала психическая болезнь, а потом ожирение – но в отношении депрессии и других психиатрических диагнозов эта закономерность не подтверждается.

Автор перевода: Филиппов Д. С.

Источники: Leutner, M., Dervic, E., Bellach, L. et al. Obesity as pleiotropic risk state for metabolic and mental health throughout life. Transl Psychiatry 13, 175 (2023).

В четверти случаев коморбидные ожирение и депрессия диагностировались одновременно, во время госпитализации. Диагноз ожирение чаще предшествовал выявлению депрессии. Тревожность и депрессия диагностировались одновременно у трети пациентов. Как и в случае с депрессией, ожирение обычно предшествовало тревожности. Неизвестно, влияет ли ожирение непосредственно на психическое здоровье или же дело в том, что психические расстройства редко диагностируются на ранних стадиях.

Исследователи обнаружили значительные половые различия в отношении большинства расстройств – у женщин наблюдался повышенный риск развития всех расстройств, за исключением шизофрении и никотиновой зависимости.

В то время как 16,7 % мужчин, страдающих ожирением, также злоупотребляют никотином, только 8,6 % женщин, страдающих ожирением, курят. В случае депрессии верно обратное – ожирение влияет на психическое здоровье женщин сильнее, чем на психическое здоровье мужчин. Частота диагностированных депрессивных эпизодов в три раза выше у женщин с ожирением, чем у женщин без ожирения (13,3 % и 4,8 %). Мужчины, страдающие ожирением, болели депрессией в два раза чаще чем мужчины без ожирения (6,6 % и 3,2 %).

Полученные результаты подчеркивают важность ожирения как плейотропного фактора риска возникновения проблем со здоровьем. В первую очередь это касается молодых возрастных групп, где риск наиболее выражен.

НАЙДЕНО ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СВЯЗИ АУТОИММУНИТЕТА С ШИЗОФРЕНИЕЙ

<https://psyandneuro.ru>

Обнаружена связь между шизофренией и аутоантителами – белками, вырабатываемыми иммунной системой и направленными против собственных белков человека. В исследовании, опубликованном в журнале “Brain, Behavior and Immunity” описаны найденные у пациентов с шизофренией аутоантитела, нацеленные на белок синаптической адгезии нейрексин-1α. При

введении мышам аутоантитела вызывали изменения поведения характерные для шизофрении.

Белки синаптической адгезии – это специализированные белки, которые связываются для создания физических связей между клетками головного мозга. Эти соединения, называемые синапсами, позволяют клеткам взаимодействовать друг с другом. Известно, что работа синапсов и аутоиммунитет связаны с шизофренией.

Исследователи из Токио нашли у 2,1 % пациентов с шизофренией аутоантитела против синаптического белка нейрексина-1α, который экспрессируется одной клеткой синапса и связывается с белками, известными как нейролигины, в другой клетке синапса.

У этих пациентов не было особенных психиатрических или неврологических симптомов по сравнению с другими пациентами. В их анамнезе не было рака или аутоиммунных заболеваний. При этом психические симптомы у этих пациентов – галлюцинации и бред – были невосприимчивы к терапии антипсихотиками.

Исследователи выделили аутоантитела у пациентов и ввели их в спинномозговую жидкость мышей. Введенные аутоантитела изменили некоторые синаптические свойства, например, снизили частоту миниатюрных постсинаптических сигналов. Количество синапсов в мозге мышей уменьшилось, а в поведении появились черты, характерные для шизофрении, в частности, снижение социального поведения по отношению к незнакомым мышам (Трехмерный социальный тест) и снижение когнитивных функций (Тест Y-Maze). Кроме того, наблюда-

лось характерное для шизофрении снижение преимпульсного ингибирования.

Хотя в исследовании аутоантитела против нейрексина-1α были обнаружены только у 2,1 % пациентов с шизофренией, важно отметить тот факт, что в контрольной группе такие аутоантитела не были обнаружены вообще ни у кого. Авторы исследования также указывают на собственную статью 2022 г., в которой они сообщали об обнаружении у 5,4 % пациентов с шизофренией другой разновидности аутоантител – к невральнoй молекуле межклеточной адгезии 1. Не было выявлено совпадений между пациентами с аутоантителами к невральнoй молекуле межклеточной адгезии 1 и пациентами с аутоантителами к нейрексину-1α. Таким образом, по меньшей мере 7,5 % пациентов с шизофренией имеют аутоантитела против синаптических молекул.

Авторы исследования сделали вывод: аутоантитела против синаптических молекул могут вызывать изменения, связанные с шизофренией. Вероятно, эти аутоантитела могут представлять собой терапевтическую мишень при лечении шизофрении.

Автор перевода: Филиппов Д. С.

Источники: Hiroki Shiwaku et al. Analyzing schizophrenia-related phenotypes in mice caused by autoantibodies against NRXN1α in schizophrenia. Brain, Behavior, and Immunity, 2023; 111: 32

ФАСЕДИЕНОЛ – НАЗАЛЬНЫЙ СПРЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

<https://psyandneuro.ru>

Новое лекарство от социальной тревожности представлено на конференции Американского общества клинической фармакологии. Биофармакологическая компания Vistagen объявила о результатах исследования третьей фазы назального спрея фузидиенола для лечения взрослых с социальным тревожным расстройством.

Исследование с участием 481 человека показало благоприятный исход при длительном приеме 3,2 мкг фаседиенола до четырех раз в день. Результаты лечения оценивались по шкале социальной тревожности Либовица. Прием препарата перед потенциальными ситуациями, вызывающими тревогу, сопровождался стойким изменением симптомов тревожности, ослаблением страха и избегающего поведения.

Автор перевода: Филиппов Д. С.

Источники: Monti, L., Bonham, K., Katz, D. (2023). Metabolism of the Anxiolytic Neuroactive Steroid Fasedienol (PH94B) by Human Nasal Epithelial Cells. Anxiety and Depression Association of America (ADAA) 2023 Conference.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ АНГЕДОНИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ<https://psyandneuro.ru>

Ангедония, согласно DSM-5, является ключевым признаком большого депрессивного синдрома (БДР) с меланхолическими чертами. Считается, что ангедония ассоциирована с более тяжелым течением БДР, большим суицидальным риском и меньшей успешностью лечения. Y.Su et al в литературном обзоре для General Psychiatry привели данные о патогенетических механизмах формирования ангедонии при БДР.

Ангедония определяется как снижение или полная утрата способности получать удовольствие от стимулов, которые ранее (в преморбиде) это удовольствие вызывали и воспринимались как вознаграждающие. Ангедония приводит к снижению мотивации, способности к обучению, социальной изоляции, снижению либидо, к признакам, которые также часто встречаются у пациентов с БДР.

Ангедония связана с нарушением работы системы вознаграждения в головном мозге, особой нейронной сети с преобладающей дофаминергической регуляцией, включающей в себя следующие структуры: орбитофронтальную кору, вентромедиальную префронтальную кору (ВМПФК), переднюю поясную кору, прилежащее ядро, вентральную область покрышки (ВОП) и миндалевидное тело. Наиболее важную роль в формировании вознаграждения играют дофаминергические пути лимбической системы среднего мозга, куда относится ВОП, а также вентральный стриатум и префронтальная кора.

Нейроны ВОП, имеющие связь с нейронами вентрального стриатума, изменяют чувствительность средних шипиковых нейронов стриатума к корковым и подкорковым глутаматергическим афферентным воздействиям. В норме при воздействии вознаграждающего стимула (еда, секс, наркотики) дофаминергическая передача в системе вознаграждения усиливается. По данным GWAS и других генетических исследований, генетические полиморфизмы белков, участвующих в синтезе, метаболизме и регуляции функциональной активности дофамина, имеют статистически значимую связь с изменениями функциональной

активности структур системы вознаграждения и с клиническими особенностями ангедонии у пациентов с БДР. Анализ скоров полигенного риска (СПР) с использованием данных GWAS и показателей ангедонии показал, что СПР ангедонии достоверно связаны с уменьшением объема областей головного мозга, участвующих в формировании вознаграждения: орбитофронтальной коры, прилежащего ядра и скорлупы.

Примечательно, что все больше данных указывают на то, что измененная активность латеральной хабенулы связана с такими депрессивными симптомами, как ангедония и ощущение беспомощности. В норме хабенула отвечает за контроль мотивированного поведения и участвует в кодировании негативных сигналов вознаграждения, сигнализируя об ошибках в прогнозировании получения вознаграждения и ингибируя нейроны системы вознаграждения в среднем мозге. Возможно, что препараты, направленные именно на этот участок головного мозга, смогут изменить представления о лечении депрессии.

Существуют данные об иммуновоспалительных нарушениях, в частности, о статистически значимом повышении уровней СРБ и ИЛ-6 у пациентов с БДР с ангедонией. Повышенный уровень СРБ в одном из исследований коррелировал со снижением функциональной связности и повышением уровня глутамата в системе вознаграждения головного мозга. Иммуновоспалительные реакции имеют широкий спектр эффектов на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, синтез нейромедиаторов и нейротрофических факторов, синаптическую пластичность, что потенциально может привести к ангедонии.

Авторы обзора также подчеркивают необходимость оптимизации методов оценки ангедонии конкретно при БДР (поскольку симптом является трансдиагностическим) и дизайна соответствующих исследований. По их мнению, это приведет к более глубокому пониманию ангедонии, связанной с депрессией, улучшению диагностики и лечения пациентов с БДР.

Автор перевода: Прусова Т. И.

Источники: Su YA, Si T. Progress and challenges in research of the mechanisms of anhedonia in major depressive disorder. Gen Psychiatr. 2022;35(1):e100724. Published 2022 Feb 24. doi:10.1136/gpsych-2021-100724

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ КАННАБИСА СВЯЗАНО СО СНИЖЕНИЕМ IQ<https://psyandneuro.ru>

Все больше людей среднего и старшего возраста употребляют марихуану. Вышедшая в American Journal of Psychiatry статья проясняет

связь марихуаны с когнитивным дефицитом и уменьшением объема гиппокампа, факторами риска развития деменции в более позднем воз-

расте. Представлены результаты 45-летнего исследования проспективной когорты 1037 жителей Данидина (Новая Зеландия), где, помимо оценки употребления и зависимости от каннабиса, приведены показатели IQ и нейропсихологических тестов и объемы гиппокампа. Результаты свидетельствуют о появлении когнитивных нарушений и уменьшении объема гиппокампа к середине жизни у людей, долго употреблявших марихуану. Открытым остается вопрос о корреляции этих изменений с развитием деменции в более старшем возрасте у потребителей каннабиса.

Авторы сравнили группу длительного употребления марихуаны с 5 другими группами:

- никогда не употребляли марихуану;
- рекреационное использование;
- длительное употребление табака;
- длительное употребление алкоголя;
- бросившие употреблять каннабис.

С помощью метрики устойчивости употребления каннабиса авторы рассмотрели связь между дозами марихуаны и результатами тестов. Для выяснения регуляторной связи между уровнем употребления и когнитивными нарушениями измеряли объем гиппокампа. Как известно, в гиппокампе высокая плотность каннабиноидных рецепторов.

Первый тест участники проходили в возрасте 3 лет, дальнейшее наблюдение осуществлялось до 45 лет. Для оценки когнитивных способностей несколько раз измерялся IQ и проводились дополнительные нейропсихологические тесты. Объем гиппокампа был измерен в возрасте 45 лет при помощи T1-weighted и FLAIR МРТ.

При длительном употреблении марихуаны наблюдается снижение IQ на 5.5 пунктов. Результаты когнитивных тестов группы длительного использования каннабиса были хуже в сравнении со всеми группами, кроме группы потреблявших, но затем бросивших. У остальных групп когнитивные функции сохранялись. Чем более устойчивыми были паттерны исполь-

зования, тем хуже оказывались результаты когнитивных тестов. Объем гиппокампа был снижен в группе с длительным использованием каннабиса.

На основе полученных результатов авторы исследования сделали 6 основных выводов:

1. Продолжительное употребление каннабиса связано со снижением IQ, способности к обучению и скорости обработки информации в середине жизни. Эти результаты не ассоциировались с табакокурением, приемом алкоголя, зависимостью от запрещенных веществ, как и с социоэкономическим статусом в детстве, низким уровнем самоконтроля в детстве или историей зависимости от ПАВ в семье.

2. По сравнению с употреблением табака и алкоголя, длительное употребление каннабиса влечет более выраженное снижение IQ, памяти, обучаемости и скорости обработки информации.

3. Когнитивные способности рекреационных (эпизодических) пользователей соответствовали репрезентативным нормам всей когорты. Видимо, нерегулярное использование – чаще, чем несколько раз в год, но реже, чем еженедельно – каннабиса не приводит к снижению когнитивных функций в середине жизни.

4. Те, кто употребляли марихуану часто, а потом бросили, все равно демонстрировали небольшие когнитивные нарушения.

5. У долгосрочных потребителей отмечался сниженный билатеральный объем гиппокампа.

Сниженный объем гиппокампа не является связующим звеном между продолжительностью употребления и снижением когнитивных функций. Почему это так, неясно, и авторы признают, что полученный результат противоречит более ранним данным (в том числе из их собственных исследований). Возможно, стоит обратить внимание на другие регионы головного мозга с высокой плотностью каннабиноидных рецепторов и строить модели, учитывающие более широкие нейробиологические механизмы и возможную роль социальной среды.

Автор перевода: Федорченко В. С.

Редактура: Явлюхина Н. Н.

Источник: Meier, MH, et al. Long-term Cannabis Use and Cognitive Reserves and Hippocampal Volume in Midlife. American Journal of Psychiatry, 2022; 179: 362–374. doi:10.1176/appi.ajp.2021.21060664

КРЕАТИВНАЯ БЕЗНАДЕЖНОСТЬ: ПРИНЯТЬ СВОИ СИМПТОМЫ И ДВИГАТЬСЯ ДАЛЬШЕ <https://psyandneuro.ru>

Иногда, чтобы двигаться дальше и быть продуктивным, нужно сначала принять реальность такой, какая она есть, не пытаясь исправить болезненный опыт. Звучит парадоксально, но это один из механизмов психотерапевтиче-

ского подхода «Терапия принятия и ответственности» (ТПО), относящегося к третьей волне когнитивно-поведенческой терапии. Процессу принятия способствует метод «креативной безнадёжности», предлагающий пациенту изме-

нить свое отношение к неприятным симптомам, мыслям и чувствам вместо того, чтобы пытаться их избежать или контролировать.

ТПО – современная психотерапевтическая модель, помогающая страдающим от психических расстройств не заикливаться на симптомах, жить полноценной жизнью и действовать исходя из своих принципов и ценностей. Вместо борьбы с симптомами предлагается развивать т. н. психологическую гибкость. Это подход разработали психологи Стивен Хайес, Кирк Штротсаль и Келли Уилсон.

Сотрудники психологической службы Психиатрической клинической больницы №1 им. Н. А. Алексеева Никита В. Чернов, Татьяна В. Моисеева, Мария А. Белякова, Мария Д. Полякова и Марта В. Созинова посвятили ТПО обзор, который был опубликован в номере журнала, посвященному первому психотическому эпизоду: «Применение психотерапевтического подхода “Терапия принятия и ответственности” у пациентов с первым психотическим эпизодом».

В статье рассматривается подход к ранней диагностике и реабилитации пациентов, переживающих первый психотический эпизод. Описываемый подход подразумевает медикаментозную терапию в сочетании с ТПО. Такое сочетание биологической и психосоциальной терапии особенно эффективно в отношении пациентов, впервые сталкивающихся с психотическим эпизодом. Эта особая группа пациентов более уязвима для стигматизации и самостигматизации, и для них очень важна правильная психосоциальная реабилитация.

Авторы: Чернов Н. В., Моисеева Т. В., Белякова М. А., Полякова М. Д., Созинова М. В.

Редактура: Явлюхина Н. Н.

Источник: <https://consortium-psy.com/jour/article/view/97>

В работе рассматриваются ключевые элементы модели ТПО, образующие понятие психологической гибкости. Кроме принятия в нее входят:

- когнитивное распутывание – навык, позволяющий отделиться от содержимого одолевших мыслей и сформировать необходимые реакции на происходящее;

- связь с настоящим моментом – способность «жить здесь и сейчас», концентрироваться на внешних и внутренних событиях, не давая им оценки;

- понимание внутреннего мира – умение воспринимать внутреннюю и внешнюю действительность независимо от своей роли, основанное на работе с восприятием себя;

- осознание значимых ценностей и регуляция целенаправленного поведения по реализации этих ценностей – один из самых важных аспектов психологической гибкости: умение восстановить связь со своими принципами и ценностями и действовать в соответствии с ними несмотря на возможный дискомфорт.

В обзоре также представлены доказательства эффективности ТПО и описан опыт ее практического применения в России.

В Москве в Клинике первого психотического эпизода при ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ применяется ТПО в форме групповой терапии. Программа терапии была разработана на базе существующих за рубежом программ помощи пациентам, переживающим первый психотический эпизод. В статье подробно описаны ее этапы и содержание занятий.

РАЗНИЦА В ДИАГНОСТИКЕ АУТИЗМА МЕЖДУ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПОЛАМИ

<https://psyandneuro.ru>

Существуют две основные теории, объясняющие половые различия, наблюдаемые при аутизме: в частности, теория Женского Защитного Эффекта (FPE) и теория Профиля Женского Аутизма (FAP). Они не исключают друг друга и будут рассмотрены далее.

Теория Женского Защитного Эффекта (FPE)

Теория FPE утверждает, что женщины изначально защищены от развития аутизма. В соответствии с этим им требуется большая степень воздействия факторов окружающей среды и/или генетического риска для развития и проявления той же степени аутизма, что и у мужчин. Это подтверждается тем фактом, что у мужчин выявляется меньше спонтанных мутаций, связанных с аутизмом, по сравнению с

женщинами. Аутичные женщины также несут большее количество редких вариаций числа копий генов, которые экспрессируются на раннем этапе развития полосатого тела.

Теория “экстремального мужского мозга” утверждает, что андрогены и другие гормоны, преобладающие у мужчин, связаны с аутизмом, а некоторые аутичные характеристики, такие как нарушение когнитивной эмпатии, являются мужскими. Таким образом, аутичные люди имеют «чрезмерно мужскую» репрезентацию. Из этого следует, что женщины с более низким уровнем этих гормонов защищены от развития мужских аутичных характеристик. Доказательства, подтверждающие эту теорию, неоднозначны: в некоторых исследованиях была обнаружена связь между уровнями андрогенов

и аутистическими характеристиками у женщин, в то время как другие предполагают обратное. Другая теория говорит, что в X-хромосоме есть гены, защищающие от развития аутизма, но пока такой ген не обнаружен. Два пептидных нейротрансмиттера, потенциально играющие роль в объяснении различий между мужским и женским аутизмом, — это окситоцин и аргинин-вазопрессин, которые оказывают сексуально-диморфное влияние на мозговую активность, с более сильным эффектом окситоцина у женщин и вазопрессина у мужчин. Было показано, что оба нейротрансмиттера влияют на социальное поведение.

Важно отметить, что теория FPE имеет некоторые оговорки. Если, как предполагалось, аутичные женщины нуждаются в большей генетической нагрузке для развития аутизма, то у родственников аутичных женщин больше шансов страдать аутизмом, чем у родственников аутичных мужчин. Доказательства неоднозначны: некоторые исследования подтверждают это, а другие противоречат. Кроме того, во многих цитируемых исследованиях говорится, что текущие диагностические критерии валидны и что участвующие аутичные женщины соответствуют диагностическим критериям. Однако это не обязательно может быть правдой, о чем свидетельствует тот факт, что соотношение мужчин и женщин меняется в зависимости от исследуемой популяции, как обсуждалось выше.

Теория Профиля Женского Аутизма (FAP)

Теория FAP предполагает, что у женщин аутизм развивается чаще, чем считается в настоящее время, но диагностические критерии и методы не могут эффективно выявить аутичных женщин. У женщин, как правило, возникают дополнительные трудности при постановке диагноза по сравнению с мужчинами с аналогичным уровнем аутистических характеристик. Это половое неравенство особенно распространено среди женщин без признаков умственной отсталости. Причина неэффективности диагностических методов выявления аутичных женщин заключается в том, что нынешние критерии основаны на заранее установленных представлениях о том, что такое аутичные характеристики. Эти концепции в основном ориентированы на мужскую аутичную популяцию. Женский аутизм отличается от мужского, поэтому может оставаться не диагностированным в соответствии с текущими критериями. Фенотип женского аутизма имеет те же основные черты аутизма (нарушение способности к социальной коммуникации и ограниченное повторяющееся поведение), хотя они могут проявляться иначе, чем у мужчин.

Социальные нарушения менее выражены у женщин, которые, как правило, проявляют более высокую социальную мотивацию. Эта разница в уровне коммуникации затрудняет

диагностику аутичных женщин. Однако более высокие социальные навыки по сравнению с аутичными мужчинами не означают отсутствия проблем в коммуникации. Аутичные женщины могут быть внешне близки с друзьями, но при этом чувствовать себя дистанцированно и страдать от пренебрежения и изоляции. Кроме того, аутичные женщины менее склонны поддерживать долгосрочные отношения по сравнению с аутичными мужчинами, это может быть связано с тем, что аутичные женщины менее склонны к решению социальных конфликтов.

Ограниченное повторяющееся поведение также представлено по-разному у обоих полов. Женщины имеют более низкий уровень выраженности данного поведения, поэтому оно имеет меньшую прогностическую значимость при диагностике аутизма у женщин по сравнению с мужчинами. Существует противоположная теория, которая утверждает, что аутичные женщины вместо того, чтобы иметь меньшую выраженность ограниченного повторяющегося поведения, демонстрируют его в других, нетипичных областях по сравнению с мужчинами. Подтверждая это, исследования показали, что аутичные мужчины интересуются техническими темами, в то время как интересы аутичных женщин больше связаны с взаимоотношениями. Этот тип интереса, хотя его интенсивность может быть нетипичной, считается более социально приемлемым по сравнению с интересами аутичных мужчин. В результате более низкой выраженности или более социально приемлемого ограниченного повторяющегося поведения, либо того и другого, аутичные женщины выявляются реже.

Камуфлирование относится к сознательной или бессознательной стратегии сокрытия аутичных характеристик в социальных условиях. Оно включает имитацию выражения лица, вынужденное поддержание зрительного контакта, использование сценариев ответов и подавление таких действий, как взмахи руками. Компенсаторные стратегии, которые можно рассматривать как разновидность камуфлирования, представляют собой применение альтернативных когнитивных стратегий для преодоления трудностей аутизма, таких как использование исполнительной функции для преодоления теории трудностей разума. Камуфлирование обычно связано с высшими исполнительными функциями. Из этого следует, что аутичные люди с ограниченными интеллектуальными возможностями менее склонны маскировать свои аутичные черты, хотя подтверждений этому не было обнаружено. Камуфлирование, более распространенное среди женщин, является причиной сложности диагностики женского аутизма. Исследование показало, что со стороны аутичные девочки вели себя так же, как нейротипичные сверстницы, вероятно, из-за камуфлирования, и были выявлены только при

должном изучении. Однако маскировка не дает исключительно положительной выгоды, поскольку является утомительным процессом, который может привести к развитию высокого уровню беспокойства и стресса. Это также связано с проблемами психического здоровья и является маркером риска склонности к суициду. Камуфлирование может проявляться по-разному в зависимости от социальных условий, поскольку в менее стрессовых ситуациях аутичный человек может не чувствовать необходимости маскироваться. Было высказано предположение, что способность маскировать или компенсировать аутистические черты связана с возможностями женской генетики, тем самым связывая теории FAP и FPE.

Последствия восприятия РАС как «мужского расстройства»

Аутизм воспринимается как мужское расстройство из-за ориентированных на мужчин

диагностических критериев, более высокой распространенности аутизма среди мужчин и отсутствия информации о женском аутизме. Это является причиной неправильной постановки диагноза у женщин. Подкрепляет это тот факт, что диагноз аутизма среди мальчиков упоминается в 10 раз чаще по сравнению с девочками. Представление об аутизме как о мужском расстройстве может привести к самоподкрепляющемуся циклу, в результате чего снижается выявляемость женского аутизма. По-видимому, родители больше беспокоятся о диагнозе РАС у мальчиков, чем у девочек. Кроме того, озабоченность родителей девочек, как правило, скептически воспринимается обществом. Существует также клиническая предвзятость, из-за которой клиницисты чаще исключают диагноз аутизма у девочек. Представление об аутизме как о мужском расстройстве отрицательно влияет на диагностику аутизма у женщин, и с этим следует бороться.

Перевод: Туровская Т.М.

Источник: Rujeeadawa T, Zaman SH. The Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorder (ASD) in Adult Females in the Presence or Absence of an Intellectual Disability. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jan 25;19(3):1315. doi: 10.3390/ijerph19031315. PMID: 35162336; PMCID: PMC8835194.

ТЕЛЕСНОЕ ДИСМОРФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО – ДИМЕНСИЯ ИЛИ КАТЕГОРИЯ?

<https://psyandneuro.ru>

Чтобы определить меры профилактики и лечения телесных дисморфических симптомов, необходимо понимать, какова их природа происхождения: категориальная или дименсиональная. Для ответа на это вопрос Manya Bala et al. провели исследование, опубликованное в журнале *Psychiatry Research*. Они отобрали 707 респондентов подросткового возраста, предложили им заполнить опросники тревожности о внешнем виде и о восприятии своего тела. Затем провели таксонометрический анализ результатов. В итоге авторы обнаружили, что телесное дисморфическое расстройство (ТДР) скорее всего имеет дименсиональную природу.

ТДР характеризуется чрезмерной озабоченностью частью или частями тела, каким-либо его недостатком тогда, когда эти недостатки минимальны и не так очевидны другим людям. Лица, страдающие ТДР, компульсивно стараются скрыть свой недостаток. В результате нарушается социальное функционирование и снижается качество жизни, что также может привести к суицидальным попыткам (особенно это характерно для тех, у кого данное расстройство началось в подростковом возрасте). Среди всех социальных групп наиболее часто от ТДР

страдают студенты и девочки старшего подросткового возраста.

Вопрос, является ли ТДР дименсиональной или категориальной единицей, до сих пор остаётся открытым.

Если предположить дименсиональную модель, то получится, что многие люди испытывают те или иные симптомы телесной дисморфии. И даже если они не достигают степени выраженности, достаточной для постановки диагноза, люди всё равно страдают. При дименсиональной модели в этиологии ТДР будут играть роль различные факторы. В поддержку этой модели свидетельствует тот факт, что 15% женщин и 5% мужчин беспокоятся о своём внешнем виде по крайней мере час в день.

Если верна категориальная модель, то получается, что ТДР значительно отличается от обычного переживания, а также имеет определённые факторы риска. В этом случае должны быть ясны этиология заболевания (гены, окружающая среда), взаимодействие влияющих факторов и их пороговые эффекты. В пользу этой модели свидетельствует то, что среди лиц, страдающих ТДР, преобладают женщины. Более того, люди с данной патологией склонны значимо гиперболизировать свой дефект («Я монстр»),

что отличает ТДР от стандартного беспокойства о своём недостатке.

Ранее исследования определяли смешанную – и дименсиональную, и категориальную – природу ТДР. Так, были обнаружены признаки выраженной и менее выраженной ТДР. При этом некоторые симптомы определялись и в контрольной группе. Более того, в этих экспериментах участвовали лица в возрасте от 22 лет. Однако, ТДР начинается раньше, и в этот период её сложно отличить от нормального возрастного развития. Это может позволить изучить, не является ли ТДР дименсией.

В январе 2022 года в журнале *Psychiatry Research* было опубликовано исследование Manya Bala et al. При помощи таксонометрического анализа авторы попытались уточнить, являются ли симптомы ТДР дименсией или категорией у подростков с субклинической картиной данной патологии. В исследовании приняло участие 707 человек в возрасте 11 – 16 лет. Из них 50,2% – мужчины, 49,4% – женщины, 0,4% – неизвестно. Им предложили заполнить опросник тревожности о внешнем виде (*Appearance Anxiety Inventory, AAI*) и опросник о восприятии своего тела для детей и подростков (*Body Image Questionnaire Child and Adolescent Version, BIQCA*). Последний опросник авторы использовали для определения пограничных симптомов телесной дисморфии: изъяны во внешности, повторяющееся поведение, повреждения и осознание.

В ходе исследования были получены следующие результаты. 13% респондентов продемонстрировали повышенный риск развития ТДР согласно опроснику AAI. Опросник BIQCA продемонстрировал, что 5,9% респондентов имеют выраженные симптомы телесной дисморфии. Таксономический анализ (MAMBAC, MAXEIG и L-MODE) продемонстрировал, что ТДР имеет дименсиональный паттерн, то есть данный синдром является значительным усилением нормальной, часто встречающейся в популяции, тревоги по поводу своей внешности.

Автор перевода: Вурм К.О.

Источник: Manya Bala et al. Are body dysmorphic symptoms dimensional or categorical in nature? A taxometric investigation in adolescents. Psychiatry Research.

Результаты исследования имеют значение для понимания теоретических основ ТДР. Так, ввиду дименсиональной природы этого синдрома можно предположить многофакторность его этиологии. Это подтверждается более ранними исследованиями, которые обнаруживают влияние генов и внешних факторов (например, негативные замечания от сверстников) на развитие ТДР. При этом один и тот же фактор может вызывать разную по степени тяжести симптоматику. Будущие исследования стоит направить на уточнение этого факта.

Значение нового исследования для клинической практики следующее. Из-за того, что классификация психических расстройств построена на категориальной модели, восприятие ТДР как категории может заставить врачей не учитывать лиц с подпороговым уровнем синдрома, которые, тем не менее, страдают. Более эффективно было бы определять, где именно на континууме выраженности ТДР находится тот или иной пациент. Возможно, подпороговый уровень ТДР является риском развития этого синдрома. Можно предположить, что лечение таких пациентов снизит вероятность развития синдрома и коморбидных расстройств.

Так как ТДР может быть пропущен в клинической практике, набрать достаточное количество участников для исследования сложно. Поэтому практически невозможно провести большие генетические исследования. Предполагая, что ТДР является дименсией, возможно проведение исследований, где в качестве респондентов будут приглашены лица без ранее диагностированной психопатологической симптоматики.

Таким образом, новое исследование стало первым экспериментом для изучения ТДР с использованием таксономического анализа с респондентами-подростками. В результате было определено, что данное расстройство имеет дименсиональную природу. Будущие исследования должны проверить, согласуются ли полученные результаты в различных возрастных и половых группах.

Редакция сетевого издания «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
5. Перед названием статьи указывается УДК.
6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.

Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.