

Омский психиатрический журнал

4 (34) 2022



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал**Omsk Journal of Psychiatry**

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

**4(34)
2022****ISSN
2412-8805**

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № **ФС77-58937**
от 5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
[http://omskoop.ru
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины
Greg Simkins
"Moon birds". 2001

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)

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)

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
Тезисы конференции: судебная психиатрия	10	Conference abstracts: forensic psychiatry
Тезисы конференции: клиническая психиатрия	10	Conference abstracts: clinical psychiatry
Тезисы конференции: клиническая психология	10	Conference abstracts: clinical psychology
Тезисы конференции: сестринское дело в психиатрии	10	Conference abstracts: nursing in psychiatry

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

В текущем году Омская психиатрическая клиника отмечает свой 125-летний юбилей. Предыдущий выпуск нашего журнала посвящен истории становления психиатрической службы Омского региона. В текущий номер мы включили 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». Целью конференции был обмен научно-практическими

достижениями социально-психологических, клинических, биологических исследований в области региональной психиатрии.

Освещены следующие разделы, представленные на конференции:

- судебная психиатрия,
- клиническая психиатрия,
- клиническая психология,
- сестринское дело в психиатрии.

*Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.*



Тезисы конференции: судебная психиатрия

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА.

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

Судебно-психиатрическая оценка шизо-типического расстройства основывается на общих клинических принципах (диагностика хронического психического расстройства) и экспертных подходах. Для экспертной оценки наиболее важным является установление связи между актуальным психическим состоянием, психопатологическими феноменами и мотивацией правонарушения, с исходом из адресной выраженности имеющихся расстройств, а также их задействованности по отношению к общественно опасному деянию. Шизотипическое расстройство характеризуется медленным, малозаметным течением, нередко на протяжении многих лет, соответствует форме шизофрении, которая в отечественной психиатрии классифицировалась, как малопрогрессирующая, вялотекущая. Имеется достаточный полиморфизм клинической картины, среди которого можно выделить 3 основные группы шизотипического расстройства с ведущими невротоподобными, психопатоподобными и аффективными нарушениями. Согласно МКБ-10, критерии рубрики F 21 достаточно сложные. С течением времени отмечается нарастание преморбидных личностных расстройств. Структура патологической личности составлена из разных радикалов, преимущественно шизоидности, паранояльности и эмоциональной лабильности. Сосуществующие радикалы усугубляют личностную дисгармонию и определяют неблагоприятную динамику. Нарастает неадекватность и обедненность эмоциональных проявлений, наблюдается эксцентричность и странность поведения, своеобразие мышления. Формируется легкий дефект психики в виде замкнутости, чужаковости, экстравагантности интересов. Часть пациентов может сохранять трудоспособность, создавать семьи, обслуживать себя в быту. В других случаях болезнь прогрессирует, с нарастанием социальной отгороженности, утратой социальных коммуникаций, формированием навязчивостей, подозрительности, паранойяльных, агрессивных тенденций. Отмечаются необычные феномены восприятия, в том числе соматосен-

сорные, иллюзии, деперсонализация, дереализация, эпизоды спонтанных бредоподобных состояний, со слуховыми и другими галлюцинациями. Нарушается способность к критическому осмыслению происходящего, страдают адаптационные возможности. При усугублении психопатоподобных нарушений формируется враждебность к окружающим, что может сопровождаться двигательными разрядами, сопровождающимися разрушительными тенденциями, актами агрессии и аутоагрессии. Полиморфизм, мозаичность клинической картины осложняют диагностику, поскольку ведущие негативные и позитивные симптомы могут наблюдаться и в рамках других нозологий (расстройства личности, шизофрения, синдром зависимости от ПАВ, шизофреноподобные психозы). С учетом вышеуказанного, интерес представляет следующий случай:

Подэкспертный В., 1970г.р. Обвинялся по ст. 156 УК РФ (неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего), ст. 117 УК РФ (истязание несовершеннолетнего), ст.105 УК РФ (убийство малолетнего (8-ми месячного) сына). С детства был раздражительный, иногда вел себя неадекватно, без причины психовал, конфликтный, непослушный, делал, что хотел, что-то изобретал, месяцами мог не выходить из дома на улицу, днем спал, ночью занимался своими делами. Взял фамилию деда, хотел уехать в Германию, учил немецкий и английский языки. Хулиганил, совершал мелкие кражи, состоял в ПДН за угон мотоцикла. После 8 класса обучение в школе бросил, 1 год работал по ремонту кофеварок, больше не работал, жил на иждивении родителей. В Армии не служил в связи с заболеванием почек. Осенью 2003 без предупреждения привел сожительницу, стал ссориться с родителями. Отмечались вспышки гнева.

Когда сыну исполнилось 1,5 месяца, стал избивать сожительницу, ребенка. Малолетнего сына бил кулаком, жгутом, выгибал дугой, прижигал на его лице спиртом «прыщи» до волдырей, «от злости» выкручивал руки, уши,

прикладывал к спине, лбу раскаленную спираль обогревателя, пытался приучить к туалету, заставлял тужиться, носил по дому, «как котенка» за шею, сломал ему руку, ногу, ключицу, запретил вызывать врача. Жена в милицию не обращалась, угрожал ей убийством. 07.04.05г звонил жене на работу, сообщил, что ребенок плохо дышал, умер. При задержании отрицал убийство, якобы у него «пол уплыл из-под ног, упал и уронил сынулечку». Возбуждено уголовное дело.

В период пребывания в следственном изоляторе вел себя странно, вращал глазами, гримасничал, совершал вычурные движения руками, был плаксив, говорил, что у него «умер сынуля». 20.04.2005г проведена стационарная СПЭ. По заключению комиссии у него обнаруживаются психопатические черты характера, на момент противоправных действий мог осознавать фактический характер своих действий и руководить ими; примерно с 11.04.2005г. у него развилось в условиях субъективно сложной судебной-следственной ситуации диссоциативное (конверсионное) расстройство смешанной структуры (реактивное состояние истероформной структуры, достигающее психотического уровня). Направлен в психиатрическое отделение специализированного типа до выхода из указанного состояния, куда поступил 15.09.2005. Консультирован доцентом кафедры психиатрии ОГМА 19.05.06., на момент осмотра тяжелого психотического расстройства не выявлено.

10.10.2006 проведена стационарная СПЭ, выявлены признаки смешанного расстройства личности. Его высказывания, что он видит «лохматых черненьких маноидов, или зелененьких лохматых», расценены, как симуляция. Выписан. В СИЗО в дальнейшем режим соблюдал, дежурил по камере, поддерживал связь с родными. 14.11.06 на суде был нелеп, на вопросы не отвечал, молча пожимал плечами, говорил, что не может читать, не знает букв.

Судом назначена повторная комплексная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза в ФГУ «ГНЦЗ и СП им. В.П. Сербского», которая была проведена 17.07.2007. Во время осмотра продуктивному контакту был не доступен, дезориентирован в месте и времени. Отмечались явления парамимии и микрокатагонии, совершал стереотипные движения, озирался, выглядел испуганным, растерянным, напряженным, передвигался, держась за стену, прыжками, вставал на четвереньки, неадекватно улыбался, произносил не

связанные между собой слова. В отделении время проводил в пределах постели, ни с кем не общался, в прогулочном дворике передвигался на четвереньках. Эмоционально неадекватен, маловыразителен. По заключению комиссии экспертов обнаруживает признаки острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении. Направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа до выхода из указанного болезненного состояния.

Поступил в психиатрическое отделение принудительного лечения ОКПБ № 11 26.02.2008 В течение года обращал на себя внимание неадекватностью, общей неряшливостью, парадоксальностью эмоциональных реакций, отказом от контакта; со стороны пациентов подвергался насмешкам, постоять за себя не мог. Речь неразборчивая, врачам писал, что слышит неприятные звуки и голоса в голове. 09.02.2011 консультирован проф. кафедры психиатрии ОГМА, выставлен диагноз: Шизотипическое расстройство (латентная шизофрения).

18.05.2011 проведена стационарная СПЭ. Выявлены сверхценные идеи отношения, витиеватость мышления, вычурность речи, тревожность, внутренняя напряженность, избирательность социальных контактов, оскудность, неадекватность, амбивалентность эмоциональных реакций, нарушение критических и прогностических способностей. Комиссия пришла к заключению, что как страдающий хроническим психическим расстройством в форме шизотипического расстройства, в период времени, относящийся к инкриминируемым ему деяниям, не мог осознавать фактический характер своих действий и руководить ими. Рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа, которое проводилось с 11.10.2011 по 20.03.2014, определена инвалидность 2 группы.

До 2016 года находился на амбулаторном принудительном лечении, затем под наблюдением с вышеуказанным диагнозом у врача-психиатра кабинета АДН. Дважды сожительствова, затем женился официально. Работал грузчиком неофициально. Нарушал режим посещения кабинета АДН, в связи с чем разыскивался полицией. Лекарства принимал нерегулярно. Выглядел неряшливо. Конфликтовал с женой, ее сестрой, что послужило причиной повторных госпитализаций в психиатрический стационар в 2019 и 2021 годах. В психическом статусе на первый план выступали эмоционально-волевые, мотиваци-

онные нарушения, паралогичность мышления. На фоне лечения бредовых идей не высказывал, галлюцинаторной симптоматики не обнаруживал. Критика формальная. Диагноз без изменений.

Таким образом усматривается, что данный клинический случай представлял определенную сложность для решения диагностических и экспертных вопросов, так как имела место многофакторная детерминированность клинической картины. С детского возраста отмечались интровертированность, трудности установления адекватных социальных контактов, своеобразие интересов и увлечений, отгороженность, скрытность, отсутствие значимых эмоциональных привязанностей, злобность, эмоциональная холодность, неустойчивость, эгоцентричность, склонность к колебаниям

настроения с немотивированными тревогой, страхами, агрессией, формированием бредаподобных идей отношения, отдельными эпизодами галлюцинаторной структуры, что наиболее ярко проявлялось в условиях субъективно-сложной судебной-следственной ситуации, сопровождалось явлениями микрокататонии, стереотипий, выставлялся диагноз диссоциативное расстройство смешанной структуры, ранее состояние расценивалось, как психопатические черты характера, смешанное расстройство личности, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении. Тщательный структурный и сравнительный анализ психопатологической картины позволил квалифицировать данное заболевание, как шизотипическое расстройство.

ОГРАНИЧЕННАЯ ВМЕНЯЕМОСТЬ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ В ПРОШЛОМ И НАСТОЯЩЕМ, ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кочергина Л.И., Воронова С.З., Голованова Н.А. Горьковой И.А.

Одной из задач отделения амбулаторного принудительного лечения Омской психиатрической больницы является исполнение судебных решений о применении принудительных мер медицинского характера (ПММХ) в виде амбулаторного принудительного лечения, в том числе, согласно статьи 22 Уголовного Кодекса Российской Федерации, которая вводит норму ограниченной вменяемости («вменяем, но не в полной мере»):

«1. Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности.

2. Расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера».

В этом случае данное лицо подлежит уголовной ответственности, но наряду с этим нуждается и в применении ПММХ. В отношении этой группы лиц предварительное расследование и судебное разбирательство осуществляется в общем порядке. Принудительные меры медицинского характера для ограниченно вме-

няемых лиц выносятся при вынесении приговора (в случае невменяемости суд выносит постановление) и исполняются в порядке, установленном УИК РФ, а также подзаконными актами. При этом принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания лишения свободы, а в отношении лиц, осужденных судом к иным видам наказания — в учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь.

Таким образом, данный материал затрагивает случаи обращения в амбулаторную психиатрическую службу условно осужденных лиц, в отношении которых судом вынесен приговор о применении ПММХ.

Взгляды на феномен ограниченной вменяемости в отечественной психиатрической практике за последние 100 лет неоднократно менялись, что неизбежно имело и конкретные практические последствия.

Юристы Российской Империи не были согласны с введением понятия уменьшенной вменяемости в российское уголовное законодательство (ст. 39 Уголовного Уложения 1903 г.). В период Революции с изменением законодательства, исходя из общей формулировки невменяемости, можно было вывести и статус уменьшенной вменяемости, в редакциях УК

РСФСР от 1922, 1924, 1926 гг. В психиатрическом и юридическом сообществе того времени не было консенсуса по данной правовой норме, у нее были как противники (В. П. Сербский, В. Х. Кандинский, Н. С. Таганцев, С. В. Познышев), так и сторонники (М. М. Исаев, А. А. Жижиленко, В. С. Трахтеров, И. М. Фарбер). Более детально данный вопрос освещается, например, в статье А. В. Зайцева «Категория «уменьшенной вменяемости» и её применение в советском уголовном законодательстве (1917–1948 гг.)»

В защиту уменьшенной вменяемости, утверждалось, что данную норму надо рассматривать как обстоятельство, устраняющее уголовную ответственность, её нельзя приравнивать к вменяемости. Поэтому уменьшено вменяемых надо направлять в лечебницы, наказывать их нецелесообразно не только за впервые совершённые, но и за повторные преступления, к уменьшено вменяемым следует как можно шире применять снижение наказания.

Так, данная норма применялась к значительному числу подэкспертных (в то время применялся термин «испытуемый») с расстройствами пограничного характера. Скопившиеся в психиатрических стационарах уголовники дезорганизовывали больничный режим, терроризировали персонал и пациентов, совершали побеги. При этом перевод их в места лишения свободы часто вёл за собой декомпенсацию поведенческих расстройств, что трактовалось как обострение, с необходимостью регоспитализации. Подобное обстоятельство существенно дезорганизовывало деятельность психиатрических и пенитенциарных учреждений, формируя «круговорот» данных лиц между ними. Помимо прочего, путь на свободу через психиатрическую больницу приобрёл большую популярность в криминальной среде и установка на демонстрацию психической патологии получила широкое распространение.

Начиная с 1925 г., судебно-психиатрическая практика изменилась, сузив круг лиц, подлежащих освобождению от судебной ответственности. Процент признаваемых невменяемыми начинает значительно уменьшаться, а подэкспертные с «пограничными» состояниями всё чаще признаются вменяемыми. С 1928 года признание уменьшено вменяемыми прекратилось, до середины 60-х годов этот вопрос в советской научной литературе позитивно почти не рассматривался. При этом дискуссии о понятии уменьшенной (ограниченной) вменяемости среди юристов и

психиатров никогда не прекращались. Это было связано, с одной стороны, с широким применением данной нормы в законодательствах зарубежных стран, а с другой — с успехами в изучении пограничных психических состояний и аномалий психического развития. Проблема актуализировалась в последние десятилетия в связи с ростом числа психических аномалий в обществе в целом и особенно числа правонарушений, совершаемых такими лицами. Например, по данным отчета ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» за 2014 год, 67% подэкспертных по уголовным экспертизам, из числа признанных вменяемыми, имели психические расстройства.

Попытка ввести в закон понятие «ограниченной вменяемости» вместо «уменьшенной» была сделана в статье 15 Основ уголовного законодательства СССР от 1991 г.:

«Лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии ограниченной вменяемости, то есть не могло в полной мере осознавать значение своих действий и руководить ими вследствие болезненного психического расстройства, подлежит уголовной ответственности. Состояние ограниченной вменяемости может учитываться при назначении наказания и служить основанием для применения принудительных мер медицинского характера».

Современная формулировка ч. 2 ст. 22 УК также вызывала разночтения по поводу последствий ее применения. Фраза «психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания», не оговаривает форму такого учета. В связи с этим нередко считается, что подобный учет может происходить только в сторону смягчения наказания. Хотя отсутствие вердикта суда о смягчении наказания не является признаком того, что суд подобное обстоятельство не рассмотрел.

В случае отбывания наказания в местах лишения свободы, такое лицо будет наблюдаться врачом-психиатром медицинской службы ФСИН. Если приговор условный, то осужденный обязан обратиться к врачу-психиатру в ЛПУ по месту жительства. Уклонение от наблюдения и лечения у врача-психиатра считается злостным нарушением режима условного осуждения.

Основанием для взятия данных лиц в группу АДН, согласно Приказу №133/169 МЗ РФ/МВД РФ от 30.04.1997г. является приговор суда о назначении ПММХ в соответствии со ст. 22 УК РФ. Согласно данному Приказу, посещение врача-психиатра лицами, состоящими

на АДН, должно осуществляться не реже 1 раза в месяц. За период с 2017-22 гг. на территории Омской области врачами-психиатрами наблюдалось 29 пациентов, в отношении которых судом назначены ПММХ в соответствии со ст. 22 УК РФ. Непосредственно в отделении амбулаторного принудительного лечения БУЗ ОО «КПБ имени Н.Н. Солодникова» наблюдалось 14 пациентов (11 мужчин и 3 женщины). Распределение по нозологиям – 5 пациентов с диагнозом умственной отсталости легкой степени с нарушением поведения, 7 пациентов с расстройствами шизофренического спектра (4 - с параноидной шизофренией, 1 с приступообразной шизофренией, 1 с атипичной шизофренией, 1 с психопатоподобной шизофренией), 1 пациентка с биполярным аффективным расстройством, 1 пациент со смешанным расстройством личности на органически неполноценном фоне. Из них в 4 случаях условное наказание было заменено на реальное: 1 случай нарушения режима осуждения (пациент с параноидной шизофренией), 3 случая совершения повторных правонарушений (один случай у пациента с расстройством личности, два – с умственной отсталостью); в 1 случае судом отказано в изменении условного осуждения по представлению ФСИН в связи с нарушением режима уловного осуждения (пациент с психопатоподобной шизофренией).

Обобщая опыт наблюдения данного контингента, можно уверенно выделить некоторые особенности. Подчеркнем, что механизм совершения ООД у данной группы лиц – негативно-личностный, вследствие парциального интеллектуального дефекта (недоразвитие либо частичное процессуальное снижение) в сочетании с той или иной степенью декомпенсации эмоционально-волевых расстройств на момент совершения деликта.

В первую очередь, следует отметить отличие личностного профиля данной категории лиц – значительная часть из них не имеет предшествующего опыта наблюдения и лечения у врача-психиатра, при наличии фактора активного вовлечения в криминальный образ жизни и судимостей в анамнезе. Лица из данной группы имеют опыт участия в процессуально-правовых действиях и определенный запас юридических знаний, порой фрагментарный и искаженный. Таким образом, эти пациенты (равно как и их социальное окружение) склонны трактовать сложившуюся ситуацию назначения ПММХ исключительно с точки зрения юридически-правовой парадигмы, а не медицинской. В целом, пациенты из данной группы менее других склонны к содержатель-

ному взаимодействию и формированию комплаентного терапевтического альянса. Это проявляется, в частности, в тенденции к активному оспариванию врачебных рекомендаций в части требований к наблюдению и лечению, большей ориентированности на соблюдение формальных правовых норм и требований – с целью уменьшения кратности посещений и дозировок назначаемых лекарственных препаратов. К примеру, данные пациенты негативно относятся к назначению посещений врача-психиатра чаще, чем явки к инспектору в УИН и склонны считать целью посещение психиатра только «получение справки для инспектора».

Само назначение лекарственных препаратов данной группе лиц является второй особенностью. Подэкспертные, признанные ограниченно вменяемыми, находятся в состоянии ремиссии основного заболевания. В подавляющем большинстве случаев до назначения ПММХ психофармакотерапия этим лицам не проводилась. Таким образом, спектр содержательных показаний и выбор возможных мишеней для медикаментозного воздействия значительно сужен. Принимая во внимание вышеописанную тенденцию оспаривать врачебные назначения, негативное отношение к лечению вследствие акцентированного ожидания возможных побочных эффектов и склонности к аггравации симптомов при их возникновении – вопрос стратегии медикаментозных назначений является весьма непростым, в особенности в отсутствие утвержденных стандартов и протоколов для данного вида деятельности.

Ситуация в том, что медицинская парадигма ставит перед врачом задачу назначения лечения лицу, как правило, находящемуся в безлекарственной ремиссии, так как нормативно-правовая парадигма требует исполнения судебного вердикта, где прямо указана необходимость лечения. При этом – во врачебном арсенале фактически отсутствуют препараты, имеющие в утвержденных инструкциях к применению состояние без активных симптомов психического заболевания как показание к применению. Любая медаль имеет, как известно, две стороны. В данном случае сложность в том, какую из них считать оборотной.

Дилемма превентивного назначения психофармакотерапии в общем виде такова – отсутствие четких фармакологических, а стало быть, и юридических оснований ожидаемая негативная реакция лица, подвергнутого ПММХ, на перспективу назначения лечения таким образом дает возможность законного

отказа от данного вида медицинского вмешательства. С другой стороны, случаи совершения такими пациентами повторных правонарушений в период нахождения на принудительном лечении встречаются ретроспективное мнение о недооценке состояния со стороны врача-психиатра и упущенной возможности медикаментозно профилактить деликт. Следует подчеркнуть, что причина совершения запрещенных деяний у данного контингента лиц имеет в своей основе не клинико-психопатологическую, а социально-криминологическую почву.

Следует отметить, что вне развернутых клинических проявлений психических расстройств, для эффективного лечебно-профилактического воздействия более показаны немедикаментозные методы – психообразование, обучение коммуникативным навыкам, коррекция убеждений, с формированием установки на нормативное поведение, социализацию и трезвый образ жизни. В формате посещений врача-психиатра один-два раза в месяц, в отсутствие системности воздействия не приходится ждать высокой эффективности от подобных интервенций. Тогда как от более частого назначения явок пациенты отказываются, вследствие упомянутой низкой комплаентности.

Другим подводным камнем при выборе врачебной тактики являются случаи нарушения режима наблюдения со стороны данных пациентов. Как правило, подобные проявления укладываются в декомпенсацию психопатоподобных поведенческих расстройств (пропуск очередной явки по неуважительной причине, эпизоды употребления алкоголя или психоактивных веществ, совершение административных правонарушений). Диапазон средств для коррекции состояния ограничен, и, как правило, исключает госпитализацию, поскольку вышеописанные нарушения зачастую не соответствуют пунктам 29 статьи Закона РФ «О психиатрической помощи...», а добровольно пациенты соглашаются на госпитализацию только в случае, если видят в этом формальную процессуально-правовую выгоду для себя. Законодательной основы для изменения амбулаторного принудительного лечения на стационарное нет. В подобных случаях для действенной профилактики повторных ООД арсенал врача-психиатра фактически оказывается исчерпан.

В этой связи можно привести один из примеров, когда пациент с диагнозом психопатоподобной шизофрении в связи с нарушением

режима условного осуждения (отсутствие места работы, несвоевременные явки) был представлен инспектором УИН к изменению условного осуждения на реальный срок, однако судом в данной мере было отказано в связи с положением Постановления Правительства РФ от 19 мая 2017 г. N 598 «О внесении изменений в перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания»: «Хроническое и затяжное психическое расстройство с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, не позволяющими заболевшему осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (F01; F06; F20-F22; F73)». Таким образом, вопреки нарушениям режима условного осуждения, пациент не был заключен в колонию, в связи с нормативно-правовой лакуной, однако характер имевшихся нарушений не позволял направить его и в психиатрический стационар.

Завершение ПММХ наступает для данной когорты пациентов с истечением срока, назначенного приговором. Как правило, с учетом вышеописанных особенностей, дальнейшая преемственность в наблюдении вызывает сложности. Исходя из положений Приказа № 133/269 МЗ РФ/МВД РФ, у таких лиц после истечения срока по приговору отсутствуют основания для продолжения АДН, и требуется передача их под наблюдение участкового врача-психиатра. Однако, нередко пациенты отказываются приходить на прием, собственно, и для прекращения активного диспансерного наблюдения, ссылаясь на отсутствие дальнейших оснований для каких-либо лечебно-профилактических мероприятий в отношении себя.

Резюмируя сказанное, можно сказать, что применение ПММХ в отношении лиц с ограниченной вменяемостью ставит широкий круг вопросов, касающихся непосредственной практической реализации данной правовой нормы, включая, возможно, повторное рассмотрение целесообразности ее существования, как таковой. Так, В. П. Сербский писал: «Введение в законодательство этого понятия — при невозможности дать какую-либо правильную мерку для приложения его на практике — вызвало бы значительные недоразумения и дало бы ложное направление разрешению вопроса о невменяемости, который допускает только два решения: или человек обладал свободой действия — и тогда он вменяем, или же он не обладал ею — и тогда он невменяем».

**ПОСМЕРТНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
ЭКСПЕРТИЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕЙ В УГОЛОВНОМ ДЕЛЕ
ПО СТ.110 УК РФ (ДОВЕДЕНИЕ ДО САМОУБИЙСТВА). СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.**

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

Возрастное своеобразие как суицидальных, так и психологических и психопатологических состояний, создающих предпосылки к нему, создают необходимость рассматривать самоубийство подростков как самостоятельную проблему. В возрасте 14-15 лет суицидальные проявления столь часты при кризисных и реактивных состояниях подростков, что некоторые авторы называют суицид в ряду характерных нарушений поведения подросткового периода. Суицидальное поведение у подростков отличается своими особенностями, что обусловлено специфическими физиологическими, психологическими и психопатологическими процессами, свойственными растущему организму в период социально-психологического становления.

Депрессивные состояния по нозологическому критерию у подростков занимают весьма весомое место. Признавая сложность диагностики депрессивных состояний у подростков, многие авторы отличают целый ряд клинических особенностей их проявлений в зависимости от возраста. Незначительная выраженность и рудиментарность депрессивной симптоматики, преобладание соматических жалоб и расстройств, различные нарушения поведения (от пропусков занятий в школе и грубости до делинквентных поступков), снижение школьной успеваемости маскируют клиническую картину депрессий, что затрудняет диагностику, ведет к неправильным выводам и, как правило, способствует возникновению конфликтных ситуаций вокруг депрессивного подростка. В связи с этим возникает новая психогения, создается новый дополнительный повод для проявления суицидальных тенденций. Картина типичной депрессии в отрочестве встречается редко, у подростков наблюдается иная, чем у взрослых, атипичная клиническая картина депрессивного синдрома. В этих случаях часто выявляется так называемая маскированная депрессия с ее различными, по преобладанию ведущей симптоматики, вариантами синдрома. К сравнительно-возрастным вариантам депрессивных состояний подростков с высокой суицидальной опасностью относятся девиантный, ипохондрический, астенический, вариант с преобладанием типично-подростковых симптомов (метафизической интоксикации и дис-

морфофобии), а также типично-депрессивный вариант синдрома.

В настоящей статье рассмотрен случай из практики отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодникова, когда развитие у несовершеннолетней Р. психического расстройства было связано с психотравмирующей ситуацией, систематическими действиями обвиняемого, направленными на унижение личности и чувства собственного достоинства подростка. Анамнестические сведения: Р. Родилась в Таджикистане. Родители – этнические таджики, в 2011 г, когда подэкспертной было 7 лет, семья переехала в Омскую область, Р. наблюдалась врачом-педиатром амбулаторно, велась как здоровый ребенок. В 2019 г осматривалась врачом-психиатром, «Здорова, годна в школу». Из школьной характеристики в начальных классах имела хорошие успехи в учебе, постепенно в среднем звене успеваемость стала хуже, появились удовлетворительные оценки. Программный материал усваивала, успевала за общим темпом работы класса. На уроках не всегда была внимательна, имели место случаи невыполнения домашних заданий. По итогам учебного года имела удовлетворительные оценки. По характеру - уравновешенная, выдержанная, воспитанная, скромная и тактичная девочка. Принимала участие в жизни класса и лица. Ежегодно принимала участие в соревнованиях по волейболу школьного уровня. Во внеурочное время\ посещала секцию легкой атлетики. Школьный режим не нарушала. Пропуски занятий бывали только по уважительной причине. Внешний вид опрятный. Семья состоит из 6 человек: мать, отец, Р., сестра и два брата. Родители школьными успехам интересовались постоянно. Родительские собрания посещали. Мама домохозяйка, отец - предприниматель. Педагоги в школе о случаях рукоприкладства или грубого и жестокого отношения родителей к Р. ничего не знали, а также не видели у нее ссадин, синяков на руках или на лице, в основном она ходила в закрытой одежде.

Однако свидетели У., А, К. заметили, что в начале года Р. стала вести себя очень странно, у нее начались проблемы с учебой, стали ухудшиться оценки, начались перепады настроения, она сама говорила: «я в последнее

время не узнаю себя, у меня может резко поменяться настроение, и я могу стать злой или грустной». Примерно за месяц до самоубийства Р. рассказывала, что она стала плохо учиться, не знала, куда ей поступать, не могла найти себя, постоянно менялось ее мнение относительно будущей профессии, то она хотела быть юристом, то поваром, то психологом. Жаловалась на комплексы по поводу лишнего веса и внешности, что у нее разрез глаз не такой, то губы, то еще что-то. Стала говорить, что смысл ее жизни «расплывается», что нет никакого разнообразия, что все надоело и от жизни она не получает удовольствия, просыпается и засыпает уставшей. Делилась, что она планирует записаться к психологу в связи со своей эмоциональной неустойчивостью. У неё были натянутые, сложные отношения с родителями. Отец её ограничивал во времени свободного времяпрепровождения, в выборе круга общения и друзей. Попытка навязать ей свою точку зрения, а ее мнение не учитывал. На этой почве были конфликты.

Родители склоняли соблюдать все мусульманские религиозные предписания, однако Р. от этого отстранялась, не хотела быть приверженкой данной религии. Отец неоднократно мог ударить по какому-то незначительному поводу, душишь, если она провинилась. Лично видели у нее рассечение в области нижней губы и небольшой синяк округлой формы в области левой щеки. Трижды пыталась покончить жизнь самоубийством из-за взаимоотношений с отцом. Отец постоянно унижал, указывая на её полное телосложение, узкий разрез глаз, темную кожу и грубые руки. Говорил, что она тупая и не сможет ничего добиться в жизни. По достижению ей 18 лет, её сразу выдаст замуж без право выбора на усмотрение отца.

Р. очень часто говорила о том, что она не хочет так дальше жить, потому что её не любят родители, которые высказывают ей весь

негатив. В ходе следствия была изъята переписка Р. С описанием психотравмирующей обстановки в семье, действий отца, направленных на унижение ее личности и достоинства, ее психопатологических переживаний. Уголовное дело было возбуждено по ст.110 УК РФ: Р., находясь в помещении гаража, расположенного в ограде домовладения вследствие жестокого обращения, систематического унижения человеческого достоинства и угроз со стороны своего отца, причинила себе смерть через повешение, совершив самоубийство.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что в период времени предшествующий смерти у Р. обнаруживались признаки психического расстройства – пролонгированной депрессивной реакции (по МКБ-10: F 43.21). На фоне длительного систематического травмирования (длительная психотравмирующая ситуация), состоявшего из множества хронически действующих психотравмирующих факторов (что следует из показаний свидетелей и согласно имеющейся переписке в социальных сетях Р. - в виде угроз, систематического унижения, избиения отцом, строгого ограничения и регламентации имевшихся у нее социальных контактов), у нее развилось вышеуказанное психическое расстройство с наличием сниженного настроения, снижения школьной успеваемости, тревоги, подавленности, страха, отсутствием удовольствия от жизни, идеями самоуничтожения, с отражением в клинической картине психического расстройства психотравмирующей ситуации, с нарастанием аффективного напряжения, стойким негативным отношением к лицу-стрессору и себе; с формированием суицидальных мыслей, намерений, поступков (три незавершенных суицидальных попытки) как поиск выхода из сложившейся ситуации и попытка избавиться от страданий себя и от своего присутствия окружающих.

СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ООД: РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЗАМИ

Аплетаев А.А., Воронкова Т.А.

Актуальность исследования. Общественно опасные действия (ООД) психически больных представляет одну из важных проблем психиатрии. ООД по своему характеру

отличаются от преступлений психически здоровых лиц. Статистические данные показывают, что частота ООД больных в состоянии психоза и в целом с лиц с психическими забо-

леваниями в России за 10 лет возросла на 10,2 %; средний ежегодный прирост составил 1 %. Число ООД, совершаемых больными в состоянии психоза, превалирует в структуре общей криминальной активности психически больных; суммарное число ООД за 10 лет выросло более чем в 2 раза. Примечательно, что зачастую деликты возникают абсолютно непредсказуемо, подчиняясь непрогнозируемой динамике психотического состояния. И фактически любой человек может столкнуться с данным явлением. Наиболее часто в подобных ситуациях оказываются медицинские работники разных специальностей. Вышеизложенное свидетельствует о необходимости усиления мер первичной и вторичной профилактики ООД психически больных в состоянии психоза.

Целью исследования было показать роль фельдшера в профилактике общественно опасных действий у пациентов с психозами. Нами решались следующие задачи:

1. Изучение литературы по вопросам факторов риска развития правонарушений и общественно опасных действий у пациентов, страдающими психическими расстройствами в состоянии психоза.

2. Проведение анализа ООД у психически больных в состоянии психоза по данным БУ-ЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова».

3. Анализ факторов риска ООД у пациентов с психозами с разработкой специализированных опросников для фельдшеров ФАПов («Выявление психотических состояний», «Выявление факторов риска ООД»).

4. Изучение мер медицинской профилактики ООД у пациентов с психозами, разработка памятки для родственников психически больных по своевременному выявлению предвестников развития рецидива заболевания и профилактики ООД.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2019 году на базе Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова». В исследовательскую группу вошли 90 пациентов молодого и среднего возраста (до 50 лет) мужского пола с психозами эндогенной этиологии, которые совершили ООД, были признаны невменяемыми и проходили принудительное лечение в отделениях специализированного типа. Проводился анализ тематической литературы, социально-демографическое и клинико-динамическое исследование выборки.

История взглядов на общественную опасность психически больных отражает взгляды

на сущность душевного заболевания в различные исторические периоды. В XIX и начале XX веков ведущая роль в генезе ООД отводилась самому психическому расстройству. Среди криминогенных психопатологических факторов выделяли бредовые идеи, эмоциональное огрубление и морально-этическое снижение. В современном российском законодательстве согласно ст. 434 УПК РФ, «связь психического расстройства лица опасностью для него или других лиц, либо возможностью причинения им иного существенного вреда» является одним из обстоятельств, подлежащих доказыванию. Общие основания для применения принудительных мер медицинского характера сформулированы в ст. 97 УК РФ. Ее вторая часть указывает, что принудительные меры медицинского характера назначаются в случаях, «когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо опасностью для себя или других лиц». Таким образом, уголовное право в данном случае подразумевает потенциальную опасность, что обуславливает необходимость смыслового наполнения термина «потенциальная общественная опасность. Квалификация особо опасных действий совершенными пациентами с психическими расстройствами учитывает ряд клинико-динамических параметров: характер, тяжесть, близость во времени, частоту и вероятность деликтов, ситуацию, условия, влияющие на вероятность. Психопатологическое состояние не предопределяет полностью совершение ООД, которое определяется также динамическими, социальными, криминологическими и психологическими факторами.

Психозы – выраженное расстройство психики, проявляющееся полностью или преимущественно резким неадекватным отражением окружающей действительности с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности, что проявляется нарушением поведения и возникновением не свойственных нормальной психике явлений (галлюцинаций, бреда, психомоторных, аффективных расстройств, помрачения сознания и др.). Различают острые и хронические психозы. Острые психозы протекают преимущественно по типу острых экзогенных реакций. Возможность острого начала эндогенных психозов остается дискуссионной. Считается, что в большинстве случаев при этом имеет место экзогенная провокация эндогенного заболевания. Хронические психозы характеризуются многолетним, чаще всего прогрессирующим течением, с образованием специфических лич-

ностных дефектов в когнитивной и эмоционально сфере.

Результаты клинико-демографического исследования. При изучении медицинской документации, в качестве источника сведений о пациентах нами использовались: истории болезни пациентов, находившихся на стационарном принудительном лечении, амбулаторные карты пациентов, беседы с пациентами и их родственниками. Мы разделили пациентов на две группы. В первой группе (основная группа) у 60 человек характер ООД, совершенных пациентами обусловлен характером синдрома, т.е. психическое заболевание существовало до ООД и моделировало его характер. Во второй группе (группа сравнения) у 30 человек общественно опасные действия отнесены к ситуационно-спровоцированным и инициативным ООД. В этих случаях больной является непосредственным участником или инициатором криминальной ситуации, а психические расстройства являются своего рода «поломаным инструментом». Преобладающими в этой группе являются негативные и психопатоподобные расстройства. В основной группе обследованных доля больных с низким уровнем образования составила 41,6%. При оценке трудового статуса оказалось, что доля лиц, не имеющих постоянного места работы составила 76,4%. Сравнение по уровню дохо-

дов пациентов определили долю лиц с низким материальным статусом в 64%. Правильная оценка уровня опасности пациента возможна лишь с учетом всего комплекса выделенных факторов, участвующих в реализации противоправного деяния. Изучив анализ факторов риска совершения ООД пациентами в состоянии психоза нами был разработан опросник для ранней диагностики психотических расстройств для фельдшера ФАПов и памятка для родственников пациентов, страдающих психическими расстройствами для своевременного выявления предвестников развития рецидива заболевания и профилактики общественно опасных действий у таких пациентов.

Все разработанные материалы будут эффективно влиять на снижение уровня повторных общественно опасных действий у пациентов с психическими расстройствами, а также будут помогать выявлять рецидивы заболеваний. Из всего вышесказанного роль фельдшера в профилактике общественно опасных деяний у пациентов с психозами велика, а своевременно проведенные профилактические мероприятия будут влиять не только на прогноз, но и повышение качества жизни пациентов и их родственников. Добиться этого можно внедряя разработанные методические материалы с догоспитального этапа.

ОПЫТ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

Голованова Н.А., Степанкина Т.П.

Целями принудительного лечения, согласно Уголовному кодексу РФ, помимо улучшения психического состояния пациента, является предупреждение совершения им повторных правонарушений. Воздействие на факторы риска совершения общественно-опасного деяния (ООД) с уменьшением степени социальной опасности психически больного является специфической целью принудительного лечения. По нашим данным, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами (ПАВ) как фактор, способствующий совершению ООД, отмечается примерно у 70% пациентов, находящихся на лечении в психиатрическом отделении принудительного лечения специализированного типа.

С учетом масштабов злоупотребления ПАВ психически больными, направленных судом на принудительное лечение, невозможно игнорировать необходимость биопсихосоциальных воздействий на наркологические проблемы пациентов с целью повышения эффективности лечебно-реабилитационного процесса. С 70-х годов прошлого века разрабатываемые методы психосоциальной терапии и реабилитации психически больных включают в себя не только модули управления симптомами и лекарствами, обучению социальным навыкам и общению, но и модули управления злоупотреблением психоактивных веществ (Р.Либерман). Делая обзор наиболее широко используемых за рубежом форм психосоциальной терапии и реабилитации, И.Я. Гурович и соавт. (2012) ссылаются на послед-

ную версию «Рекомендаций по психосоциальному лечению группы исследования исходов при шизофрении» (PORT), включающую и психосоциальные вмешательства при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков.

Ниже представлен опыт проводимой нами групповой психосоциальной работы с пациентами, злоупотребляющими ПАВ, как первого этапа наркологической реабилитации в условиях психиатрического отделения принудительного лечения. Работа осуществляется в формате закрытой группы (количество пациентов 10-12, ведущий - врач-психиатр, соведущий — медицинский психолог), занятия еженедельные, продолжительностью 45-60 минут, количество занятий в цикле — не менее 30. В группу включаются и пациенты, с диагностированной ранее наркологической зависимостью, и не попадавшие в поле зрения наркологов психически больные с признаками зависимости от ПАВ, и пациенты, систематически злоупотребляющие ПАВ с вредными последствиями. Противопоказанием к включению являются интеллектуальная недостаточность (умственная отсталость, слабоумие), острые психотические состояния. В качестве основного заболевания при поступлении всем пациентам диагностирована шизофрения, ведущий синдром в период пребывания в стационаре — психопатоподобный, причина направления судом на принудительное лечение — совершение правонарушений различной степени тяжести и направленности, в том числе связанные с оборотом наркотических средств.

Перед началом занятий индивидуально исследуется уровень осознания проблемы, связанной с употреблением ПАВ, в том числе диагностика наркологической анозогнозии с помощью теста аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA) с определением ведущего фактора иррациональных установок, препятствующих осознанию проблемы. На первых занятиях, помимо упражнений на групповую сплоченность и повышение активности участников, в форме тематической дискуссии обсуждается понятие зависимости, ее формы, влияние на жизнь человека, методы преодоления, в том числе на примере личного опыта пациентов. Для более активного включения пациентов в работу эффективным оказалось обсуждение совместно просмотренных участниками группы в часы досуга художественных фильмов о людях с зависимостью от ПАВ, демонстрирующих их путь осознания проблемы, работу сообществ зависимых и реабилитационных центров.

Обсуждение чужого опыта поиска решения проблемы способствовало более быстрому переходу к биографически направленной дискуссии, улучшению способности пациентов к коммуникации внутри группы.

Первый блок занятий (не менее 8) полностью направлен на осознание пациентом проблемы и формирование мотивации на работу с ней. Он включает работу с иррациональными установками, наиболее распространенными из которых явились представления о способности контролировать ситуацию самостоятельно (фактор 1 по тесту MGAA: «Я могу контролировать прием наркотиков и алкоголя в любое время, когда пожелаю. У меня для этого есть сила воли. Я могу сделать это сам, без чьей-либо помощи»), фактор 4. «Наркотики не такая большая проблема для меня. Это не приносит мне реального вреда. Беспокоиться не о чем»). Помимо тематической и биографической дискуссии, используются упражнения психогимнастики, проективный рисунок, образовательные элементы (информирование о причинах и механизмах развития зависимости). По сути первая часть занятий посвящена первому шагу программы «12 шагов» - признать проблему и неспособность решить ее самостоятельно. Большое значение в ходе работы придается созданию образа себя, ведущего трезвый образ жизни, как желаемого результата работы, поиск мотивации на изменение образа жизни, формулирование пациентом своей цели (полный отказ от употребления, контролируемое употребление при отсутствии зависимости).

Следующий этап работы (не менее 10 занятий) посвящен воздействию на факторы, способствующие злоупотреблению, убеждениям, связанным с оправданием аддиктивного поведения внешними обстоятельствами (фактор 2: «Я не несу ответственность за злоупотребление наркотиками. Дьявол меня попутал. Винаваты другие. Это все плохое воспитание»), фактор 5: «мне нужны алкоголь и наркотики, чтобы чувствовать себя лучше. Я не могу без них справиться с этой жизнью»). Работа направлена на формирование защитных стратегий в ситуациях, способствующих злоупотреблению ПАВ: повышение устойчивости к стрессу, способности контролировать свое эмоциональное состояние, тренируется «замещающее поведение», позволяющее избежать срыва. Присоединяются упражнения на повышение самооценки, расширение круга ситуаций, дающих положительные стимулы, тренировка уверенного поведения, использу-

ется моделирование и ролевые игры, позволяющие тренировать поведение в ситуациях и с людьми, провоцирующими употребление ПАВ. Наименее часто встречаемый, но труднее всего коррегируемый фактор аддиктивных установок 3 («Мне все же до сих пор нравится использовать наркотики. Я становлюсь более креативным») требует более длительной работы с обсуждением системы жизненных ценностей, развития личности, отношения общества к проблемам алкоголя и наркотиков.

Третий этап занятий (не менее 10) посвящен проблемам межличностного взаимодействия и обучению корректному отношению с обществом с использованием теории и практики транзактного анализа. Многие техники транзактного анализа успешно используются в программе «12 шагов» общества анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов. По нашему опыту, пациентами достаточно хорошо воспринимается теория «эго»-состояний и тренировка на ее основании эффективной коммуникации и своего поведения в различных ситуациях, доступен анализ жизненного сценария, треугольника Карпмана. Данный этап работы обоснован необходимостью мотивации пациента на личностные изменения, демонстрации возможности изменения своего

поведения и деструктивных отношений с обществом, поддерживающих злоупотребление ПАВ.

Достаточно длительный период пребывания пациентов в отделении принудительного лечения специализированного типа позволяет осуществлять долгосрочную групповую работу с ними, проводить после окончания основного цикла занятий поддерживающие встречи, пролонгирующие эффект данного вида психосоциальной терапии до выписки пациента. Однако судить об эффективности такой работы в условиях, исключающих употребление ПАВ, достаточно сложно; следует предположить, что данный вид работы более эффективен, чем регулярно проводимые лекции и беседы о здоровом образе жизни, так как направлен, в том числе, на восстановление нарушенных в результате психического заболевания способностей личности, и в полной мере отвечает задачам реабилитационного процесса. Для повышения эффективности целесообразно продолжение работы с пациентами после выписки в формате группы поддержки на амбулаторном этапе, улучшение взаимодействия с наркологической службой, центрами реабилитации и сообществами для зависимых.

ПРОФИЛАКТИКА ОСОБО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Островский Д.И., Тюрина И.В., Данильченко К.М.

Правильная организация и эффективность принудительного лечения имеют важное общественное и государственное значение. Согласно уголовному кодексу у принудительного лечения имеется две основные цели включающие в себя лечение психических расстройств (либо полное излечение) и снижение степени общественной опасности. В системе предупреждения общественно опасных действий психически больных ведущее место принадлежит принудительному лечению, а организация лечебно-реабилитационной работы в этих условиях требует комплексного и системного подхода. Значимой в теоретическом и практическом плане остается проблема повторности общественно опасных действий, совершаемых больными. В связи с этим разработана научно обоснованных инструментов оценки проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий,

а также уточнение критериев назначения, изменения и прекращения принудительных мер медицинского характера являются не менее актуальными с позиций комплексного подхода к предупреждению общественной опасности психически больных.

В связи с особенностями течения психических заболеваний, а именно преобладание хронических форм психических расстройств над временными, в нашей стране существуют различные виды принудительного лечения. Что предполагает соблюдение этапности видов принудительного лечения.

Принудительное лечение специализированного типа рекомендуется больным, с преобладание негативно-личностного механизма совершения ОДД, которые совершили «тяжкие» и повторные ООД и/или нарушавшие режим лечения на принудительном

стационарном лечении общего типа. Вместе с тем, стационарное лечение специализированного типа, может быть изменено на стационарное лечение специализированного типа с интенсивным наблюдением у тех пациентов, кому не может быть оказана помощь в менее ограничительных условиях.

Профилактика ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, вышла за пределы чисто медицинских мероприятий, требует адекватного использования лечебно-реабилитационных, психосоциальных мероприятий, решения социального, юридического аспектов проблемы с учетом межведомственного и междисциплинарного взаимодействия, совместная партнерская деятельность с использованием специфических форм профилактических мероприятий. Следовательно основной задачей принудительного лечения становится предотвращение рецидива ООД у пациентов, что требует особых мер профилактики.

Эффективной мерой профилактики рецидива ООД является комплексная работа с пациентом в период исполнения ПММХ – сочетание психофармакологического лечения в сочетании с коррекционно-воспитательными и реабилитационными мероприятиями, направленными на изменение жизненных стереотипов пациентов, формирование приверженности к лечению, отказ от употребления алкоголя и психоактивных веществ, воспитание ценностей для лучшей адаптации в обществе, обучение мерам противодействия негативному микросоциальному окружению. Указанные задачи решаются совместными усилиями специалистов полипрофессиональной бригады (психиатра, психолога, социального работника и медицинских сестер). Важной их частью является также оказание разнообразной социальной помощи (паспортизация, решение жилищных вопросов, оформление инвалидности, предоставление места в психоневрологическом интернате и т.д.). Реализация реабилитационных программ в отно-

шении больных с социально опасным поведением должна осуществляться как в период исполнения принудительного лечения, так и во время последующего внебольничного наблюдения.

Немаловажную роль в профилактике ООД имеет сестринский персонал. Работа сестринского персонала в связи с клинико-социальными особенностями контингента сопряжена с повышенным уровнем опасности, а именно возможностью проявления агрессии и насилия в адрес сотрудников. Что приводит к повышенным требованиям и специальной подготовке сестринского персонала, которая предусматривает непрерывность наблюдения, повышенный уровень ответственности, уважительные отношения к пациентам, несмотря на их криминальную направленность, а также постоянное стремление к сохранению медицинской тайны, личных сведений и характера совершенного ООД. Постоянное нахождение сестринского персонала в отделении, обеспечивает возможность как воспитания пациентов, т.к. формирует у них здоровый микросоциальный климат, вместе с тем позволяет адаптироваться пациентам в ограничительных условиях с формированием правильных межличностных связей не нарушающих субординацию.

Таким образом, работа отделений принудительного лечения с правильно подготовленным медицинским персоналом позволяет проводить профилактику ООД систематически и целенаправленно, соблюдая принципы дифференцированности и комплексности помощи. Улучшая дальнейшую ресоциализацию и реабилитацию больных в обществе путем совершенствования навыков общения пациентов с родственниками и социумом. Данные методы в совокупности с эффективным контролем за психическим состоянием и постоянным наблюдением приводит к выполнению основной цели принудительного лечения – профилактике общественно опасных деяний.

Тезисы конференции: клиническая психиатрия

АЛКОГОЛИЗМ И ШИЗОФРЕНИЯ

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

Алкогольная зависимость представляет собой одну из наиболее актуальных медико-социальных проблем ввиду пагубного влияния на общество. Обеспокоенность вызывает широкая распространенность зависимости от алкоголя во всем мире, и, в частности, в России, однако распространенность алкогольной зависимости среди пациентов, страдающих различными психическими расстройствами, во много раз превышает таковую в популяции. Процент коморбидности (коморбидность — сосуществование у одного пациента двух или более заболеваний, присутствие двух и более диагнозов по одной или нескольким осям) по некоторым данным достигает 78%.

Распространено сочетание алкоголизма с умственной отсталостью, психопатиями, органическими расстройствами головного мозга, аффективными нарушениями, неврозами и шизофренией. Такие нарушения как умственная отсталость, психопатии всегда предшествуют развитию алкоголизма, органические расстройства личности в большинстве случаев формируются параллельно развитию зависимости. в случае с шизофренией. До 60% пациентов с коморбидной патологией изначально болели шизофренией.

В случаях сочетания аддикции с различными психическими расстройствами мнения исследователей о взаимном влиянии патологических процессов в целом сходятся, совершенно другая ситуация при сочетании алкоголизма и шизофрении и наоборот. В обоих вариантах процент коморбидности достигает 10%, а по некоторым данным доходит до 45%, по наблюдениям американских ученых среди пациентов наркологических клиник, страдающих шизофренией в 7 раз больше, чем в общей популяции.

Интерес ученых к проблеме потребления психоактивных веществ душевнобольными возник уже на первых этапах становления психиатрии как науки. В 1874 году Валентин Маньян подробно описал случай *delirium tremens*, который присоединился к хроническому бреду преследования, что соответствует непрерывнотекущей параноидной шизофрении

в современном ее понимании. Позднее этим вопросом занимались К. Гретер, автор предпологал, что алкогольная интоксикация способствует выявлению шизофрении и изменяет ее клинические проявления (1909 г.), такого же мнения был Эжен Блейлер. Эмиль Крепелин в своих работах также уделял внимание этому вопросу, отмечая своеобразие характеров больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем, подчеркивая их мягкость, открытость и синтонность. О проблеме эндогенного психического заболевания, ассоциированного со злоупотреблением алкоголем, писали российские ученые С. А. Суханов, А. Н. Молохов, С. Г. Жислин. Позднее сосуществование двух патологических процессов описывали практически все крупные отечественные и зарубежные психиатры-клиницисты XX века. Хочется отметить, что не смотря на столь длительное и глубокое изучение этого вопроса мнения специалистов расходятся диаметрально. Например, Стрельчук И.В. в 1970 г. писал, что формирование всех признаков алкоголизма у пациентов с шизофренией происходит быстрее, чем у алкоголиков без шизофрении, в том же году Зеневич и Гузиков считали, что этот процесс ничем не отличается в обеих группах пациентов, а Шумаков пишет, что алкоголизм у пациентов с шизофренией носит характер первичного пьянства. Качественный сдвиг в понимании этого феномена наметился в 70-х годах прошлого столетия. В 1970 г. Алан Фейнштейн — выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог, ввел понятие «коморбидность» (от лат. *co* — вместе, *morbus* — болезнь). Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него. Коморбидность была выделена в качестве отдельного научно-исследовательского направления. В его разработке приняли участие крупнейшие мировые ученые, в том числе и в области психиатрии Ю. Л. Нуллер, А. Б. Смуглевич, Н. Андреасен. В качестве самостоятельной медицинской проблемы начала

рассматриваться химическая зависимость у лиц с психической патологией.

Социально-демографические и личностные характеристики лиц, склонных к пагубному употреблению психоактивных веществ подобны соответствующим характеристикам лиц с тяжелыми психическими заболеваниями. Мужской пол, молодой возраст, низкий уровень образования, материальные проблемы, отсутствие постоянного партнера — все это связано с более высокой уязвимостью к формированию зависимости от алкоголя. Но каждый из этих пунктов обсуждаем, низкий уровень образования и материального положения больше связан со злоупотреблением каннабисом, меньше с алкоголем. Нет единого взгляда и на возраст первых проявлений одной из этих болезней. Молодой возраст характеризуется и первичным проявлением психических расстройств, и реакциями эмансипации, что может привести к первым пробам алкоголя, поэтому мнения о первичности того или иного заболевания тоже расходятся. По данным И.В. Шлеминой, в более чем в 12% случаев больные шизофренией, злоупотребляющие алкоголем, имеют наследственную отягощенность по обоим заболеваниям.

Современные нейровизуализационные методы исследования мезолимбических структур и префронтальной коры показали дисрегуляцию в этих отделах как у больных шизофренией, так и у больных с аддиктивными расстройствами, что может объяснять высокий уровень сопряженности этих патологических процессов.

К причинам начала употребления алкоголя пациентами с шизофренией относят: облегчение при помощи алкоголя психотических симптомов (галлюцинаций, тревоги и др.), снижение побочных эффектов от приема антипсихотиков, компенсация эмоциональных и волевых расстройств.

Нет однозначного мнения о влиянии злоупотребления алкоголем на шизофренический процесс. Пациенты с «двойным» диагнозом составляют чрезвычайно многообразную группу в клиническом отношении. В своей статье А.Г. Гофман с соавторами (2008г.) определили три основные точки зрения на проблему взаимоотношений алкоголизма и шизофрении:

1. Алкоголизм ослабляет течение шизофрении, поскольку многие пациенты с шизофренией, злоупотребляющие алкогольными напитками, более сохранны в отличие от пациентов, не злоупотребляющих алкоголем;

2. Алкоголизм отягощает течение шизофрении, так как после запоев возникают психозы и обостряется течение эндогенного психического расстройства;

3. Алкоголизм не смягчает течение шизофрении, так как после запоев возникают психозы и обостряется течение эндогенного заболевания.

Отсутствие общей позиции в данном вопросе обусловлено объективными трудностями в определении соотношения психопатологических феноменов при синдроме зависимости от алкоголя у больных шизофренией. При этом в большинстве случаев у исследователя имеется возможность только ретроспективной оценки патогенетической роли тех или иных факторов. Дополнительные трудности диагностики коморбидной патологии обусловлены полиморфизмом и атипичией разворачивающейся клинической картины, образованием новых симптомокомплексов.

Алкоголизм при шизофрении, так же может протекать разнообразно, от преходящего эпизодического злоупотребления алкоголем до заболевания, проходящего все свойственные ему этапы и сопровождающего шизофрению на протяжении десятков лет. Алкоголизация может носить бессистемный характер, ежедневное пьянство может чередоваться с запоями или хаотичной алкоголизацией. В. Б. Альтшулер выделил аспект, связанный с влиянием шизофрении на алкоголизм: «продуктивная» симптоматика алкоголизма (патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром) оказывается в значительной мере стертой. Это выражается в отсутствии «напора» в проявлениях влечения: нет предприимчивости, изобретательности, аргументации, эмоциональной заряженности, активных поисков спиртного, больные пассивно подчиняются режиму, сохраняют ровное настроение, невозмутимо отрицают желание выпить. Абстинентный синдром сопровождается аффективными и астеническими нарушениями, но не сопровождается «назойливостью, жалобами и просьбами». Алкогольная деградация (по мнению автора — это «негативная симптоматика алкоголизма») развивается очень быстро, «приобретая черты опущенности, тупого безразличия..., опустошенности и пассивности», что ведет к возобновлению пьянства при первой возможности.

В общем, течение алкоголизма, сочетающегося с шизофренией, неблагоприятное, характеризуется крайней неустойчивостью терапевтических ремиссий.

Типы аддикции больных шизофренией разделяются на гомогенный по отношению к шизофрении (единый динамический процессуально-аддиктивный конгломерат, когда потребление прекращается одновременно с приступом) и гетерогенный — злоупотребление психоактивными веществами развивается по своему сценарию, параллельно с эндогенным процессом, клинически напоминает люцидную зависимость и несущественно видоизменяет проявления шизофрении.

При сочетании шизофрении и алкоголизма резко ухудшается социальное функционирование больных. Среди больных с «двойным диагнозом» велика доля безработных и бездомных, высок процент судимых, в том числе за повторные правонарушения, что доказанно многочисленными исследованиями. Еще в 70-х годах XX столетия отмечалось, что среди пациентов с шизофренией, совершивших опасные действия, сопровождавшиеся бредовой симптоматикой, агрессией и насилием, у 30 % пациентов преступления были спровоцированы алкоголем. М. М. Горева, изучив уровень социальной адаптации коморбидных больных в динамике, выявила следующие закономерности: наиболее высокий уровень адаптации сохраняется у больных с неврозоподобной симптоматикой, относительно ниже уровень адаптации у больных с паранойяльным синдромом, наиболее выраженное снижение регистрировалось у пациентов с психопатоподобными нарушениями. Кроме того замечено, что такие пациенты быстрее инвалидизируются в силу социальной дезадаптации и наличия соматической патологии вызванной хронической интоксикацией алкоголем и рентными установками.

Лечение пациентов с «двойным диагнозом» является весьма сложной проблемой в связи с низкой приверженностью к лечению и высокой частотой побочных эффектов (особенно экстрапирамидных нарушений), непредсказуемостью эффектов фармакотерапии в случаях, если употребление психоактивных веществ сохраняется. еще меньше такие пациенты желают участвовать в лечебных программах и группах самопомощи (например, Анонимные алкоголики), где большинство членов группы не имеют сопутствующих психических расстройств. Негативные симптомы в рамках психотических расстройств могут подорвать мотивацию пациентов, а когнитивные симптомы могут ухудшить их способность к обучению в рамках психосоциальной помощи.

Терапия пациентов с данной сочетанной патологией проводится по определенной схеме. В начале купируются запои и устраняются последствия многодневной алкогольной интоксикации. Для этого с учетом соматического статуса используются лекарственные препараты и методики, хорошо зарекомендовавшие себя при алкоголизме. Назначаются снотворные, седативные препараты, транквилизаторы (обычно реланиум или феназепам), витамины (прежде всего группы В), дезинтоксикация. На следующем этапе проводится купирование аффективных и бредовых расстройств с использованием практически любых антидепрессантов, в том числе трициклических, нейрорептиков. Собственно, противоалкогольная терапия проводится только в тех случаях, когда имеется достаточная личностная сохранность пациентов. Большое значение имеет психотерапия (индивидуальная, групповая, семейная, аффективно-стрессовая, рациональная, когнитивно-поведенческая). Наряду с психотерапией проводится и медикаментозное лечение; возможно назначение тетурама в небольших дозировках (до 0,3 мг/сут.), цианамидом (колме), налтрексона (50 мг/сут.). Обязательным является терапия эндогенного заболевания (нейрорептики, антидепрессанты). Терапия пациентов отражает взаимовлияние двух заболеваний: при воздержании от употребления алкогольных напитков реже возникают обострения шизофрении, а при устранении шизофренической симптоматики (особенно депрессивных и психопатоподобных проявлений) злоупотребление алкогольными напитками становится менее интенсивным, а иногда и прекращается.

По исследованиям, проведенным на кафедре психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова и в отделе неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации Санкт-Петербургского государственного научно-исследовательского института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, видно, что среди госпитализируемых пациентов с «двойным диагнозом» 30% составляют больные с обострением эндогенного психоза на фоне употребления алкоголя, 10% с экзогенными психозами, а остальные без психозов — в абстиненции или/и с нарушениями поведения.

Поступление коморбидных пациентов в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» примерно соответствует этой статистике.

По наблюдениям врачей 6 отделения такие пациенты имеют ряд особенностей: воз-

раст 30-45 лет, психозы протекают легче, хорошо отзываются на психофармакотерапию, интоксикация легкой и средней степени тяжести, после выхода из психоза и купирования интоксикации эти пациенты чуть более замкнуты, без тяжелого шизофренического дефекта, участвуют в трудотерапии и психообразовательной работе, в отличие от больных только алкоголизмом пассивны, не выказывают поискового поведения, с приведением различных доводов для скорейшей выписки, в условиях исключающих употребление алкоголя пациенты не склонны к нарушению режима, хотя многие из них состоят на АДН,

по окончании курса лечения в 6-м наркологическом отделении большинство из них не нуждается в переводе в общепсихиатрические отделения для лечения эндогенного заболевания и выписываются через участкового психиатра. Такие пациенты не высказывают твердый настрой на трезвость, а лишь пассивно соглашаются с врачом, многие из них живут на иждивении пожилых родителей, алкоголизироваться начинают при первой возможности, без борьбы мотивов, поэтому в этой группе частые повторные госпитализации связанные с возобновлением пьянства.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Напалков И.В., Иванова Т.И., Магомедов М.Р., Шеденко М.И.

Цереброваскулярные заболевания относятся к числу наиболее распространенных форм патологии центральной нервной системы. В виду наличия морфологического субстрата симптоматики в рамках цереброваскулярной патологии, большая часть публикаций по данной проблематике имеет явную неврологическую направленность, однако частая коморбидность с иными формами сердечно-сосудистой патологии, а также различными психическими расстройствами, требует междисциплинарного подхода.

Одним из самых частых проявлений острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения являются когнитивные нарушения, степень которых может варьировать от субклинического когнитивного снижения, существенным образом не сказывающегося на функциональной активности человека, так и достигать картины сосудистой деменции, сопровождающейся выраженной дезадаптацией в профессиональной, бытовой и социальной сферах. Прогрессирование умеренных сосудистых когнитивных расстройств до степени деменции происходит в течение года приблизительно у 15 % пациентов, через 3 года у 50%, а через 6 лет у 80%. Учитывая демографические сдвиги обусловленные увеличением средней продолжительности жизни, а также ввиду наличия ассоциации между цереброваскулярной патологией и пожилым возрастом, проблема когнитивных нарушений вызванных сосудистым поражением головного мозга начинает приобретать все более значимый характер, что в свою очередь

диктует необходимость улучшения профилактики, диагностики и лечения данных состояний. В связи с актуальностью проблемы когнитивного снижения сосудистой этиологии нами было проведено исследование по выявлению данных нарушений у лиц пожилого возраста с установленным наличием цереброваскулярной патологии, а также оценке интеллектуально-протективной значимости таких факторов, как образование, здоровый образ жизни, интеллектуальная активность и благоприятный микросоциальный климат.

Материалы: Было обследовано 88 гериатрических пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении пограничных психических расстройств у пожилого контингента в среднем возрасте 65 [63; 67] лет, число мужчин составило 19,3% (n=17), женщин 80,7% (n=71).

У 44 пациентов в 100% случаев клиническим и инструментальным путем было установлено наличие цереброваскулярной патологии, представленной следующими нозологическими формами: дисциркуляторная энцефалопатия 1 стадии 68,2% (n=30); дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии 29,5% (n=13); постинсультное умеренное когнитивное расстройство 2,3% (n=1).

С целью контроля данных исследования также было обследовано 44 пациентов имеющих максимально тесное сходство с исследуемой группой, но не имеющих цереброваскулярной патологии. Методы: Клинико-психопатологический, Психометрический (Монреальская шкала оценки

когнитивных функций (MoCA) и Тест «батарея лобной дисфункции» (FAB)), Нейропсихологическое исследование (Батарея тестов RBANS), Инструментальный (МРТ головного мозга), Статистический (программа IBM SPSS Statistics 23) – для анализа и сравнения показателей с распределением значений отличающихся от нормального, нами были использованы непараметрические методы статистического анализа (U-критерий Манна-Уитни) с указанием медианы и квартилей (Me [Q1; Q3]).

Результаты: Оценка когнитивного статуса исследуемой группы пациентов выявила наличие явного когнитивного снижения, которое по своей степени варьировало между умеренным когнитивным снижением и «мягкой» деменцией. 50% пациентов (n=22) отмечали наличие когнитивной флюктуации, 43,2% (n=19) пациентов имели низкую критику в отношении имеющейся когнитивной несостоятельности.

Данные нарушения нашли отражение в низких результатах когнитивного тестирования, имеющих статистически значимое различие с группой контроля: (MoCA) 19 [18; 22] баллов (26 [25; 27] баллов в группе сравнения), (FAB) 15 [14; 16] баллов (17 [16; 17] баллов в группе сравнения). Нейропсихологическое исследование позволило установить нейродинамический профиль когнитивного снижения. У пациентов отмечается снижение репродуктивной функции памяти, при сохранении способности к фиксации. Предоставление мнестических подсказок существенно облегчает воспроизведение информации. Характерно ухудшение зрительно-пространственной ориентировки (иногда пациенты откровенно угадывали направление линий и их цифровую принадлежность, прибегали к использованию подручных средств для определения крайне простых геометрических задач).

Также во всех случаях выявляются нарушения внимания (нарушение счета, отвлекаемость, несобранность). Имеют место нарушения речи преимущественно за счет

снижение фонетической речевой активности при сохранении ее семантической. Исследование социального фона пациентов с цереброваскулярной патологией было выявлено, что имеет место корреляция между когнитивной сохранностью и такими факторами, как наличие высшего образования, друзей и домашних питомцев, а также периодическая интеллектуальная нагрузка.

Интересно, то что такие факторы как наличие например детей, супруга/супруги, благоприятная среда в семье не влияет на уровень когниции. Заключение: результаты исследования позволяют говорить о том, что когнитивные нарушения в рамках цереброваскулярной патологии по степени выраженности могут варьировать в широких пределах, в основном они представлены умеренным когнитивным расстройством нейродинамического профиля (характерно снижение репродуктивной функции памяти, нарушение внимания, зрительно-пространственной ориентировки, а также медлительность психической деятельности) либо сосудистой деменцией (снижается эффективность мнестических подсказок, происходит появление и нарастание дезадаптации, нарушаются корковые функции).

Данные когнитивные расстройства нередко обладают флюктуирующим характером течения, что объясняется колебаниями перфузии головного мозга. Нередко пациенты относятся к имеющимся когнитивным нарушениям весьма легковесно либо вовсе не замечают их. У исследуемой группы установлено когнитивно-протективное влияние таких факторов, как высшее образование, наличие дружеских связей, домашних животных и конечно интеллектуальная активность. При этом такие факторы, как наличие родни, детей, хорошее взаимоотношение в семье не играют положительной роли, так как чаще всего родители и повзрослевшие дети живут отдельно и общаются редко, вероятно большую пользу для поддержания когнитивного тонуса приносит постоянство общения.

КАРИПАЗИН В ЛЕЧЕНИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ.

Долгушева Н.А, Иванчук А.Н, Бикмаева Ю.Г.

Лечение пожилых пациентов имеет определенные сложности, так как в силу возрастных изменений, наличия сопутствующей соматической патологии, плохой переносимо-

сти медикаментов подбор лекарственных препаратов, дозировок зачастую требует длительного времени. В данной статье представлен клинический случай лечения возрастного па-

циента, длительно страдающего психическим расстройством.

Пациент И.П., 66 лет.

Анамнез жизни: Сведений о раннем развитии нет. Родился в полной семье. В школу пошел своевременно, классы не дублировал. Образование средне-специальное, электрогазосварщик. Якобы служил в армии, был женат, затем развелся. В браке есть сын, с которым в течение последних лет связь прервалась. В течение жизни неоднократно менял места жительства, проживал в Казахстане, Киргизии, затем имел квартиру в Омске. Неоднократно судим за кражи, со слов, более 20 лет провел в местах лишения свободы. Последний срок наказания отбыл в 2012г. Аллергологический анамнез без особенностей. Вен. заболевания, туберкулез, гепатит, черепно-мозговые травмы, употребление наркотических веществ отрицает.

Анамнез заболевания: Якобы в период отбывания наказания в местах лишения свободы наблюдался психиатром колонии, получал нейролептики. Медицинская документация об этом не предоставлена. После освобождения не смог установить связи с родственниками, не имел паспорта, потерял справку об освобождении. Проживал в центре социальной защиты, затем находился под опекой социальной организации «Дом надежды». Состояние изменилось остро: бродяжничал, ходил по поселку, заходил в детский сад, школу, администрацию села, где вел себя нелепо, высказывался на религиозную тематику, утверждал, что он работник спецслужб, имел при себе тетрадь с нелепыми записями. Был осмотрен сельским психиатром, направлен в стационар. При поступлении был многоречив, взбудоражен. Был госпитализирован в недобровольном порядке. Находился на лечении с 24.01.14г. по 20.03.14г. В первое время сохранялись высказывания о собственной «избранности, особой миссии на Земле». Обнаруживал паралогичность, непоследовательность мышления, высказывал бредовые идеи религиозного содержания. На фоне лечения галоперидолом, аминазином стал спокойнее, упорядоченнее, купировалась острая психопродуктивная симптоматика. Был переведен на спокойную половину отделения, помогал медперсоналу, режим не нарушал. По улучшению состояния был выписан. В дальнейшем госпитализировался в психиатрическую больницу неоднократно с обострением параноидной симптоматики. Кроме того, быстро нарастала негативная симптоматика в виде выраженных эмоционально-волевых нарушений: был аутичным, малоза-

метным, отгороженным, запросы и интересы были ограничены физиологическими потребностями, с пациентами практически не общался, бесцельно ходил по коридору либо находился в постели. В беседе с врачом был пассивен, на вопросы отвечал неохотно, крайне формально. В отделении назначались различные нейролептики: модитен-депо, хлорпротиксен, галоперидол. Периодически психическое состояние ухудшалось: высказывал бредовые идеи отношения, воздействия, стал слышать «голоса». Менялся режим наблюдения, назначался rispидон. Состояние стабилизировалось. В дальнейшем находился в общей палате. Активной психопродукции не обнаруживал. Состояние определялось дефектом личности по шизофреническому типу.

При настоящей госпитализации соматическое состояние: общее состояние удовлетворительное. Среднего роста, пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Видимых повреждений нет. В зеве без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, АД=130/80мм.рт.ст. Пульс 85 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Отеков нет.

Неврологическое состояние: менингеальных знаков нет. Зрачки, глазные щели D=S. Лицо симметричное. Язык по центру. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, равномерные. Статика и координация не нарушены. Патологических рефлексов нет.

Психическое состояние: сознание сохранено, ориентирован верно. Настроение ровное. Моторно спокоен, несколько медлителен. На вопросы отвечает крайне односложно, после паузы, в плане заданного. Эмоционально невыразителен, голос тихий, монотонный. Память, интеллект снижены. Мышление в замедленном темпе, малопродуктивное. Наличие обманов восприятия отрицает, но поведением исключить сложно: отвечает после паузы, взгляд немигающий, в одну точку. Бредовых идей активно не высказывает. Фактом госпитализации не тяготится. На первый план выступают изменения личности по шизофреническому типу до дефекта.

Экспериментально-психологическое исследование: актуальное состояние характеризуется относительно ровным фоном настроения, отсутствием выраженной напряженности, отсутствием выраженной продуктивной симптоматики. Можем также заметить, что темп психической деятельности низкий. Объем активного внимания недостаточный. Выявлена недостаточность всех основных

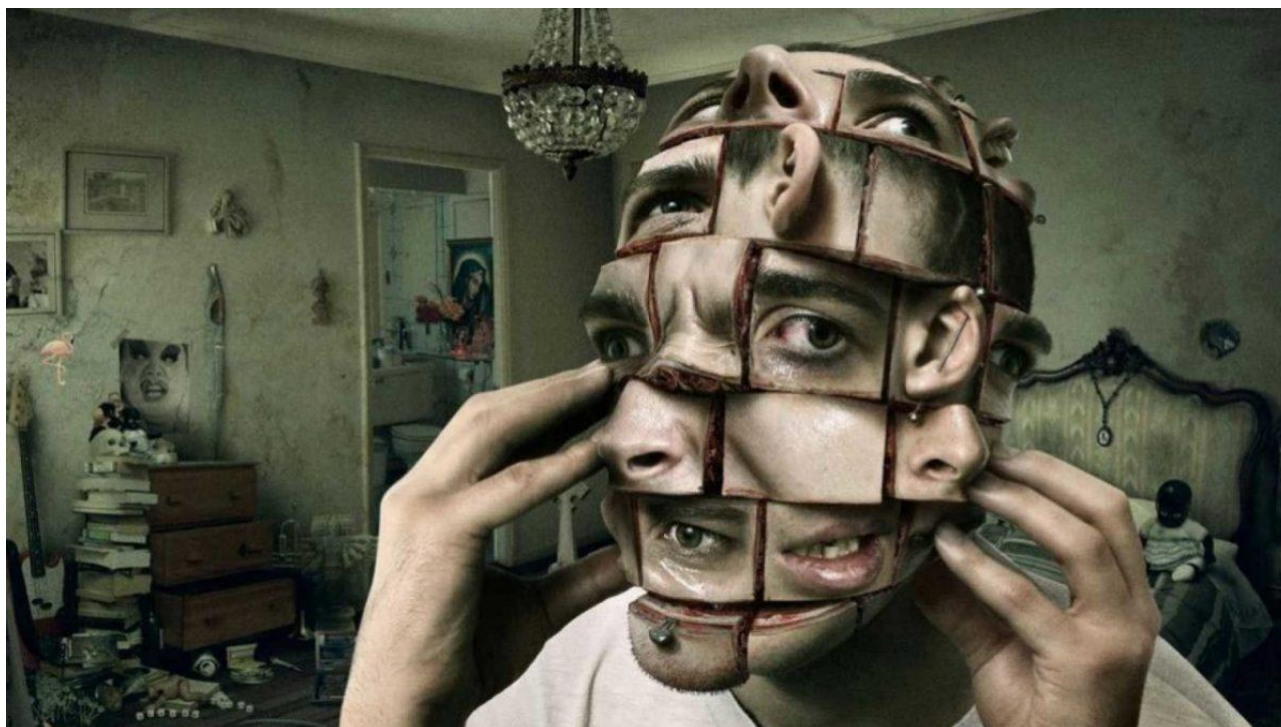
функций внимания: устойчивости, концентрации, переключаемости, в большей степени избирательности. Нарушения мышления по типу разноплановости, нарушением критичности, замедленностью мыслительной деятельности, снижения целенаправленности, операциональной стороны мышления по типу искажения процесса обобщения и снижения уровня обобщения. Эмоционально-волевая сфера характеризуется нарастанием изменений по шизофреническому типу (снижение общего энергетического потенциала, нарастание апатичности, замкнутости, эмоциональной обеднённости). Критика к своему состоянию снижена.

Диагноз: Шизофрения параноидная, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, параноидный дефект. F 20.016.

Динамика состояния в отделении: В отделении находился в общей палате. На фоне лечения рисперидоном, азафеном острой психопродуктивной симптоматики не отмечалось, вел себя спокойно, держался незаметно. Затем психическое состояние вновь изменилось: был злобен, стучал дверью, замахнулся на мед.сестру. Менялся режим наблюдения, назначался аминазин, Состояние стабилизировалось. В дальнейшем находился в общей па-

лате. Активной психопродукции не обнаруживал. На первый план в клинической картине заболевания выступают изменения личности до дефекта: эмоционально невыразителен, замкнут, мышление формальное, малопродуктивное. Уровень притязаний низкий, энергетический потенциал снижен. Был назначен карипразин 1,5 мг/сут., в дальнейшем суточная дозировка увеличивалась до 3 мг. На фоне лечения стал немного активнее, более охотно шел на контакт, отвечал на вопросы, несколько оживилась мимика; стал читать художественную литературу, иногда смотрел телепередачи. Нежелательных побочных эффектов не отмечалось, лечение переносил хорошо, жалоб не предъявлял. Соматическое состояние не ухудшалось.

Выводы: на данном клиническом примере можно увидеть, что препарат Карипразин хорошо переносится лицами старше 65 лет, не вызывает обострения психопродуктивной симптоматики. Кроме того, отмечалось некоторое оживление эмоциональных реакций, незначительное повышение активности пациента даже при краткосрочном применении, что говорит о перспективности длительного применения препарата у пожилых пациентов.



Тезисы конференции: клиническая психология

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Полякова Т.Ю.

Деятельность медицинского психолога в условиях детского психиатрического стационара включает в себя лечебно-диагностическую работу, целью которой является патопсихологическая диагностика и психокоррекция интеллектуального и эмоционально-волевого развития детей. Патопсихологическое обследование относится к группе параклинических методов обследования пациентов в условиях психиатрического стационара. Оно играет важную роль при уточнении клинического диагноза, а также необходимо для определения терапевтической, психокоррекционной тактики по отношению к пациенту. Патопсихологическое обследование проводится с теми детьми, которые поступают на обследование и лечение в круглосуточный стационар психиатрической больницы.

Цель патопсихологического обследования в условиях круглосуточного стационара – определение и изучение проявлений отдельных симптомов психического состояния ребенка, а также его личностных свойств в целом.

Данные, полученные в ходе патопсихологического обследования, необходимы также для оценки динамики психического состояния пациента. В этом случае патопсихологические исследования, проводимые на определенных этапах болезни или ремиссии, позволяют уточнить степень выраженности психических нарушений при усугублении болезненной симптоматики или ее обратимости под влиянием лечебных мероприятий.

Прием пациентов медицинским психологом проводится в специально оборудованном кабинете. Помещение психологического кабинета должно удовлетворять особым требованиям, которые обусловлены спецификой экспериментально-психологической работы.

Патопсихологическая диагностика включает в себя применение разработанного комплекса методик, позволяющих выявлять нарушения высших психических функций: памяти, внимания, мышления, воли, эмоций, восприятия, интеллекта.

Для исследования интеллектуально-мнестических функций методические пособия включают в себя: «классификация предметных картинок», «исключение предметов», методика Леонтьева, набор пословиц и метафор с соответствующими интерпретациями, «последовательность событий», «сюжетные картинки», методика «Кубики Кооса», «доска Сегена», набор рассказов (печатные и изготовленные крупным шрифтом), классификация геометрических фигур, таблицы Шульте, «10 слов».

Для исследования интеллекта детей методические пособия включают в себя бланковые методики: «простые аналогии», «сложные аналогии», «существенные признаки», «исключение понятий», «корректирующая проба», «счет по Крепелину», «вербальные ассоциации», «пиктограмма», тест Векслера.

Для исследования эмоционально-волевой сферы методические пособия включают в себя: модифицированный опросник Шмишека, стандартизированный многофункциональный метод исследования личности (ММРІ), тест Кеттелла (шестнадцатифакторный опросник), метод цветовых выборов, модификация восьмицветового теста Люшера, тест Басса–Дарки, патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), школьный тест умственного развития.

При проведении патопсихологического обследования медицинский психолог осуществляет знакомство с данными анамнеза о физическом и психическом развитии пациента, особенностями его болезни. При обследовании детей с разными нарушениями психической сферы учитывается также их возраст, уровень интеллектуального и личностного развития и, в соответствии с этим, планируется порядок предъявления тех или иных заданий, характер и длительность нагрузки. Продолжительность патопсихологического обследования зависит от индивидуальных особенностей пациента и варьирует от 30 минут до 1,5 часов. В каждом конкретном случае схема проведения обследования может изменяться, это во многом зави-

сит от психосоматического состояния ребенка, его установок, степени выраженности сохраненных и дефектных сторон личности, а также особенностей проводимого лечения. Следует помнить, что влияние этих факторов на продуктивность психической деятельности обследуемого в ситуации эксперимента может оказаться существенным, а, следовательно, интерпретация полученных данных и выводы будут predeterminedены. Протоколы обследований могут иметь произвольную форму, включать описание особенностей поведения ребенка, понимание им инструкций, а также все то, что связано с выполнением заданий. Полученные данные подвергаются качественной и количественной обработке. Результаты обследования по каждой методике рассматриваются не только как отдельные патопсихологические симптомокомплексы, но и в общей структуре, что значительно дополняет и расширяет клиническую диагностику.

После проведенного патопсихологического обследования медицинский психолог структурно оформляет заключение для врача-психиатра с использованием специальных терминов, в котором отражает данные о психологических особенностях ребенка и причинах возможных нарушений. Заключение не должно дублировать психический статус больного. Оно дополняет клиническое описание сведениями, которые нельзя получить, не проводя патопсихологического обследования. Итоговые выводы также могут содержаться в выписном эпикризе.

Патопсихологическое обследование психической патологии у детей на сегодняшний день - устоявшийся, хорошо разработанный вид клинко-психологической диагностики, который оказывает существенную помощь в осуществлении и проведении лечебных, индивидуальных и групповых мероприятий с детьми, находящимися в условиях круглосуточного стационара психиатрической больницы. Осуществляя психодиагностическую работу, необходимо оказать максимальную помощь ребёнку с тем, чтобы дать ему возможность раскрыть свои потенциальные способности в сфере познавательной деятельности, отношений и т. д.

Таким образом, в круглосуточном стационаре психиатрической больницы при работе медицинского психолога действуют общие принципы оказания психологической помощи пациентам, однако имеются особенности, имеющие связь и с психическим состоянием пациентов, и с условиями оказания психиатрической помощи. Работа с пациентом основана на индивидуализированном подходе, при котором обязательно учитываются психическое и соматическое состояние ребенка, а также проводимое лечение на момент эксперимента. Патопсихологическое обследование ребенка позволяет изучить проявления отдельных симптомов, личностные свойства в целом, а также оценить динамику психического состояния пациента, на основании широкого арсенала стандартизированного комплекса методик, оценивающих все высшие психические функции.

ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ НА ПРИМЕРЕ ОТНОШЕНИЯ К ПРОЦЕДУРЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Четверикова М.В.

Отношение испытуемого к патопсихологическому обследованию традиционно является предметом оценки. Так, данному параметру большое внимание уделяется в классических трудах С.Я.Рубинштейн и Б.В.Зейгарник. На протяжении десятилетий существовало устойчивое представление о том, что с точки зрения патопсихологии в пользу нормы (а именно, в пользу сохранности личности обследуемого, достаточности критических способностей и способностей к волевой саморегуляции) свидетельствует серьезное отношение к обследованию, старательное выполнение инструкций,

а также интерес к результатам. В ходе многочисленных исследований был установлен ряд поведенческих коррелятов, позволяющих судить об особенностях текущего психического состояния пациентов. Так, например, было определено, что ситуацией обследования тяготятся астенизированные больные со сниженным настроением, негативное отношение характерно для больных в дисфории, а также для лиц, болезненно переживающих ситуацию обследования как угрожающую личному престижу, что свойственно лицам с

компенсаторно завышенной самооценкой, и т.д.

Но в последнее время большинство практикующих патопсихологов отмечают тенденцию к значительному увеличению случаев неверного отношения к обследованию у пациентов различных нозологических групп, что снижает эффективность использования данного критерия при определении веса той или иной диагностической гипотезы в ходе анализа результатов.

Для исследования данной тенденции, выявляемой эмпирическим путем и методом экспертных оценок, нами было проведено сравнение протоколов патопсихологических обследований пациентов БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Солодников Н.Н.» в двух временных промежутках с разницей в 10 лет (с 2008 по 2011 год и с 2018 по 2021 год). Отбор протоколов для анализа проводился случайным образом. В выборку вошли протоколы пациентов с расстройствами эндогенного, органического и аффективного спектров, а также протоколы пациентов с неврозами, умственной отсталостью (в степени олигофрении) и расстройствами личности – по 30 протоколов в каждой группе, всего 360 протоколов. Каждый протокол анализировался по параметру отношения испытуемого к обследованию (условно – верное/неверное). Следует отметить, что, в связи с малым размером выборки, мы расцениваем ее как относительно репрезентативную и рассматриваем результаты только в контексте возможного наличия или отсутствия определенной тенденции, не считая корректным использование методов математической статистики для определения достоверности различий.

При анализе полученных результатов на первый план выступает общая динамика количества случаев верного и неверного отношения к ситуации патопсихологического обследования. Так, в период с 2008 по 2011 год 62,2% респондентов демонстрировали условно верное отношение к процедуре, тогда как в период с 2018 по 2021 год таких пациентов всего 39,4%. Наибольшие различия в соотношении проявились в группах пациентов с расстройствами органического спектра, неврозами и умственной отсталостью (в степени олигофрении), наименьшие – в группах пациентов с расстройствами эндогенного и аффективного спектра (в последней группе мы можем наблюдать даже незначительное повышение процента случаев верного отношения к обследованию). Полученные результаты позволяют предположить, что изменение отношения к

обследованию у значимой части пациентов связано с внешними социально-культурными изменениями, так как именно группы пациентов, характеризующихся определенной аутизацией (в случае с пациентами с расстройствами группы эндогенного спектра связанной с низкой социальной направленностью, в случае с пациентами с расстройствами группы аффективного спектра связанной с погруженностью в собственные переживания) продемонстрировали стабильность отношения.

В последнее десятилетие в социально-культурном плане мы можем наблюдать изменение отношения к медицинской помощи у населения (в сторону обесценивания). Возможные причины – ориентация официальной медицины на оказание услуг клиентам (а не помощи пациентам), а также обилие легкодоступных источников получения псевдомедицинской помощи (обилие неофициальных «медицинских» статей, блогов и подкастов в сети Интернет, выросшее количество негосударственных клиник с установкой на назначение большого количества ненужных анализов, процедур и постановку всевозможных «диагнозов» с коммерческой целью, агрессивная реклама всевозможных «целителей и колдунов» и т.д.). С другой стороны, мы наблюдаем некоторую романтизацию психических расстройств в массовой культуре, уменьшение последствий стигматизации, что, возможно, приводит к появлению тенденции к аггравации у пациентов, не заинтересованных в каком-либо значимом социальном исходе процедуры (получение инвалидности, изменение меры ответственности), и к усилению ипохондрического компонента в картине расстройств. Еще одним значимым явлением современной действительности является нарастающая инфантилизация, проявляющаяся как к в эгоцентричности индивида, так и в снижении социальной обусловленности его поведения.

В связи с вышеозначенным, возможно предположить, что движение статистической нормы отношения к ситуации патопсихологического обследования (как к частному случаю медицинского обследования) должно проявляться также в группе условно здоровых пациентов (социально адаптированных и никогда ранее не обращавшихся за психиатрической помощью).

Возможность исследовать респондентов, относящихся к данной группе, представилась в связи с вступлением в силу Приказа Минздрава России от 26.11.2021 N 1104н «Об утверждении порядка проведения медицинского

освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием...».

Нами был проведен анализ протоколов патопсихологического обследования условно психически здоровых лиц, обратившихся в психиатрическую больницу для прохождения медицинского освидетельствования с целью получения разрешения для владения оружием. В выборку случайным образом были отобраны 40 протоколов обследований, проведенных в 2022 году.

По результатам анализа протоколов только 27,5% респондентов в полной мере продемонстрировали верное отношение к ситуации обследования. Примечательно, что все респонденты данной группы имели опыт службы в правоохранительных органах или опыт службы в ВС России на контрактной основе. Верное отношение к обследованию, возможно, связано как с личностными особенностями испытуемых (выраженные волевые качества наравне со способностью подчиняться), так и с их «искушенностью» (многочисленные процедуры освидетельствования по месту службы в анамнезе).

Полностью неверное отношение к обследованию проявили 12,5% респондентов, 10% из которых относились к категории поздней взрослости (от 60 лет по возрастной периодизации Г.Крайга) и продемонстрировали когнитивное снижение умеренного или выраженного уровня.

Наибольший интерес для нас представляет группа респондентов, изначально проявивших неверное отношение к обследованию, но скорректировавших свое отношение после активного формирования у них экспериментатором установки на понимание значения результатов. В фундаментальных работах по патопсихологии XX века не подвергается сомнению тот факт, что сохранные испытуемые, заинтересованные по разным причинам в том, чтоб произвести благоприятное впечатление на экспериментатора, ответственно относятся к обследованию и старательно выполняют задания. Однако результаты обследования в 2022 году условно психически здоровых лиц, заинтересованных в успешном прохождении медицинского освидетельствования, не подтверждают данный тезис.

В начале обследования 60% респондентов выборки демонстрировали пренебрежительное или легковесное отношение к ситуации, транслировали «понимание» формальности процедуры, иронизировали. Особенности

испытуемых, выявляемые в ходе обследования, позволяют разделить представителей этой группы на следующие подгруппы:

1. испытуемые, маскирующие тревогу;
2. испытуемые с когнитивными нарушениями (субклинического или клинического уровня – возрастные изменения, пограничный уровень интеллекта, нарушение избирательности мышления) и переоценкой собственных возможностей;
3. раздражительные и гневливые испытуемые, воспринимающие ситуацию освидетельствования как досадную помеху на пути к цели;
4. испытуемые с инфантильными установками и снижением прогностических способностей.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что достаточно большая группа лиц, не страдающих на момент обследования хроническим психическим заболеванием, не способна без внешней корректировки контролировать свое поведение на достаточном уровне, критериально определенном патопсихологией в XX веке, а также испытывает сложности при необходимости самостоятельно определить социальное значение процедуры медицинского освидетельствования.

Таким образом, мы полагаем, что полученные нами в ходе исследования результаты свидетельствуют в пользу динамики как минимум статистической патопсихологической нормы в плане отношения к обследованию (что, в свою очередь, может в дальнейшем привести и к динамике критериальной патопсихологической нормы). В практическом плане итоги нашей работы позволяют предположить, что на сегодняшний день показательно не изначально отношение испытуемого к обследованию, а его способность скорректировать свое отношение после вмешательства экспериментатора (предтестовая беседа, формирующая установку на прохождении обследования с актуализацией оснований для проведения процедуры и социальных последствий результатов – для условно психически здоровых лиц в ситуации освидетельствования, либо с актуализацией последствий для здоровья – для пациентов психиатрической клиники). Рассмотренный нами феномен требует дальнейшего изучения, возможно – в ходе проведения междисциплинарного исследования с привлечением специалистов в области социальной психологии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Четверикова М.В., Четвериков Д.В., Сперанская Т.Н.

Пациенты, страдающими ипохондрическими расстройствами, достаточно часто первично обращаются к специалистам соматических клиник, предъявляя разнообразные жалобы соматического характера и, в ряде случаев, настаивая на наличии у них конкретного заболевания (кардиологического, онкологического, гастроэнтерологического и т.д.).

Также часть пациентов с подобными расстройствами до обращения к психиатру или психотерапевту пытаются лечиться методами «традиционной медицины», обращаются за помощью к целителям и пр. Таким образом, на момент обращения в психиатрическую клинику пациент может уже несколько лет страдать ипохондрическим расстройством, что неизбежно сказывается на его эмоциональной и личностной сфере. Первичный вопрос клинической диагностики состояния таких больных заключается в определении бредового или небредового характера ипохондрии, для чего психиатрами и психотерапевтами используются методы клинической беседы и анализа анамнестических данных.

Также вспомогательным методом может выступать патопсихологическая диагностика. На данный момент единственным широко используемым методом психологической диагностики наличия ипохондрии является использование опросника MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) с выделенной шкалой ипохондрии (шкала Hs), однако его ограничением является исключительная ориентировка на установление выраженности ипохондрии как свойства личности без прямого определения бредовости или небредовости ипохондрии. Косвенно данный вопрос решается через учет корреляции результатов испытуемого по шкале ипохондрии с результатами других шкал, преимущественно шкал депрессии (D), конверсионной истерии (Hy), паранойальности (Pa) и шизоидности (Sc).

Однако использование только одного опросника MMPI для вынесения заключения относительно характера ипохондрических переживаний испытуемого часто бывает недостаточно. Прежде всего, одним из требований к обоснованному заключению по результатам экспериментально-психологического обследования является опора на более чем одну диагностическую методику при вынесении решения о наличии или

отсутствии какого-либо свойства психической сферы испытуемого.

Также следует учитывать уязвимость данной методики самооценивания не только в ситуациях наличия у пациента установочных реакций (симуляционных или диссимуляционных), но и, с учетом адресованности методики, включающей в себя несколько сотен вопросов, на определенный уровень когнитивных способностей у испытуемых и на сохранность эмоционально-волевой сферы, в ситуациях наличия у пациента когнитивных и эмоционально-волевых нарушений, которые могут в различных формах препятствовать успешному прохождению методики – от формального выполнения и ошибок понимания до полного отказа от выполнения. Следовательно, дифференциальная патопсихологическая диагностика ипохондрических расстройств должна опираться на дополнительные методы обследования.

Одним из возможных способов решения существующей проблемы может выступать метод нелинейной психодиагностики, заключающемся в качественном анализе результатов надежных и валидных патопсихологических методик, ориентированных не на диагностику ипохондрии, а на диагностику иных свойств психической сферы пациента.

Анализ имеющихся данных клинических исследований ипохондрических расстройств дает возможность предположить о корреляции некоторых неспецифических результатов патопсихологических методик (ориентированных на диагностику когнитивных, эмоционально-волевых и личностных особенностей) с наличием бредовой или небредовой ипохондрии у испытуемого. Так, возможно предположить, что в пользу бредового характера ипохондрии свидетельствуют следующие выявляемые в ходе экспериментально-психологического обследования испытуемых особенности. В плане когнитивной сферы, это наличие таких особенностей мышления, как паралогичность, резонерство, соскальзывания, нарушение процесса продуцирования образных и вербальных ассоциаций (гиперсимволизм, выхолощенность, чрезмерная оригинальность и атактичность соответственно), а также затрудненность опосредованного запоминания при условии относительной успешности непосредственного.

В личностной и эмоционально-волевой сфере следует обратить внимание на такие особенности испытуемого, как интроверсия, обедненность эмоциональной и личностной сфер, снижение критики, апато-абулическая симптоматика, снижение способностей к построению и поддержанию межличностных отношений, осуществлению целенаправленной деятельности, обедненность мотивационной сферы, наличие сутяжно-кверулянтских тенденций поведения. В пользу небредового характера ипохондрии также может свидетельствовать наличие определенного ряда свойств психической сферы испытуемого. Однако рационально разделить данные свойства на две группы, учитывая возможный характер собственно небредовой ипохондрии – невротический и депрессивный, где ипохондрия выступает как симптом маскированной депрессии. В случае наличия небредовой невротической ипохондрии, следует учитывать такие особенности когнитивной сферы испытуемого, как обстоятельность мышления, ригидность внимания.

Также показательны такие особенности эмоционально-волевой и личностной сферы, как эмоциональная лабильность, тревожность, застревание, высокий нейротизм, иногда – демонстративность, экзальтированность, возбудимость, циклотимность, неустойчивость самооценки, тенденции к социально желательному поведению, высокий уровень притязаний, стремление к гиперконтролю. В пользу же небредовой ипохондрии как симптома маскированной депрессии вероятно свидетельствует наличие у испытуемого замедленности мышления, снижения побуждений и дистимии. Таким образом, дифференциальная патопсихологическая диагностика ипохондрических расстройств может осуществляться не только с опорой на методику самооценивания, но и методом нелинейной диагностики в рамках полноценного патопсихологического обследования пациента путем анализа отдельных особенностей его психической сферы с учетом данных о коррелирующих с разными типами ипохондрических расстройств группах психических свойств.



Тезисы конференции: сестринское дело в психиатрии

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Гирфанова Е.П., Лудын Т.Н.

Проблема этико-правовых основ сестринского дела сохраняют свою актуальность. Профессионализм медицинской сестры определяется не только тем, насколько она хорошо владеет профессиональными навыками, но и присущими ей свойствами личности. Медицинская сестра каждый день совершает выбор, решая этические вопросы: когда соблюдает врачебную тайну, когда решает, кому требуется больше ее внимания, и когда делится с коллегами своими знаниями и опытом и в других ситуациях.

Особое значение в определении правил поведения медицинских сестер имеет Этический кодекс медицинской сестры, который был разработан и принят Ассоциацией медсестер России в 1997 году (переработан в 2020 г.). Он отражает современные представления о правах пациента, а также закладывает основы деятельности медицинских сестер. Основными принципами кодекса являются уважение автономности пациента, не причинение ему вреда а также благодеяние и справедливость.

Конкретные этические нормы, обеспечивающие реализацию названных принципов, включают в себя нормы правдивости, конфиденциальности, приватности, лояльности и профессиональной компетентности. В данном контексте этика воспринимается как основа профессии медицинской сестры. Поскольку наряду с регламентацией обязанностей этические позиции приобретают особое значение в формировании психологической компетентности медицинской сестры.

Обязанности медицинской сестры психиатрической больницы имеют определенную специфику, отличая ее от работы в других сферах медицинской практики. Это обусловлено следующими факторами:

1. Психически больной человек не всегда осознает, что он болен.
2. Факт помещения пациента в психиатрический стационар воспринимается им как насилие.
3. Специфика течения болезни, затрудняющая общение с пациентом.

4. Специфика соблюдения информированности и конфиденциальности.

5. Особенности отношения пациента к своей болезни и лечебному процессу.

6. Деформация микросоциального окружения пациента.

Психически больной человек не всегда осознает, что он болен, и, как правило, в поведении руководствуется болезненными переживаниями. Вследствие этого он может оказаться опасным для окружающих и для самого себя. Факт помещения пациента в психиатрический стационар воспринимается им как насилие, и нередко, вызывает сопротивление. В стационаре такой пациент сопротивляется лечебным воздействиям и необходимости соблюдать режим. Психология работы медсестры с агрессивными пациентами также требует определенных профессиональных навыков. Прежде всего, следует разобраться, что скрывается за такой агрессивностью, является ли она проявлением изменившегося психического состояния или в возникновении агрессивности играют роль различные субъективные факторы интерперсональных отношений пациентов или пациентов с медперсоналом.

Медицинской сестре необходимо уметь вовремя распознавать предвестники агрессивного поведения (волнение, беспокойство, повышенная требовательность, раздражительность). Понимание агрессии пациентов, ее клинической природы, значительно повышает возможности ее коррекции.

Здесь имеет значение личность медицинской сестры, ее опыт, квалификация, умение обходиться с пациентом, уровень ее культуры, моральные качества, понимание долга, искусство убеждать, вдумчивость и рассудительность в отношении каждого пациента. Наблюдение за пациентами необходимо осуществлять таким образом, чтобы не оскорблять их достоинства и при этом сохранять постоянную бдительность. Долг медицинской сестры в этом случае состоит в заботе не только о пациенте, но и в обеспечении своей безопасности и персонала.

Кроме этого, медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии и рассчитывать на такую же помощь с их стороны. Уже давно замечено, что в психиатрических больницах отмечаются «хорошие» смены, когда поведение пациентов становится более упорядоченным и резко сокращается количество конфликтных ситуаций между ними. Этот факт из повседневной больницы жизни свидетельствует о том, что нравственное воспитание персонала направлено на выработку у него соответствующих убеждений, нравственных склонностей, привычек, устойчивых моральных качеств. Соответственно растет профессиональная эффективность специалиста.

Специфика течения болезни, подчас затрудняющая общение с пациентом. Коммуникативная компетентность - важное профессиональное качество медицинской сестры. Медицинская сестра в ряде случаев может помочь пациенту выработать адекватное отношение к его состоянию, к имеющимся проблемам, оказать ему внимание. Следует избегать оценочных суждений о «правильности» или «неправильности» его высказываний, анализировать содержание бесед, оказывать психологическую поддержку. В каждом конкретном случае она способствует формированию у пациента такого представления о болезни, которое способствовало бы успешному проведению всего лечебного реабилитационного процесса.

Поскольку каждый случай психиатрического заболевания специфичен, большое значение имеет субъективное мнение медицинской сестры. В этой связи пациент фактически оказывается в ее власти, которая может трактовать его внешность, речь, поведение в соответствии с собственным пониманием нормы.

При этом существенной ошибкой является нарушение прав и норм содержания пациентов в психиатрическом отделении, а также использование их труда.

В общесоматической сети знание пациента о своем заболевании улучшает взаимодействие с медсестрой, и, соответственно, повышает эффективность лечебного процесса. В психиатрической практике понимание пациентом своего состояния нередко может существенно нарушить взаимодействие и негативно сказаться на результате лечения. Кроме этого, пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер. Угрозу конфиденциальности представляют: прекращение контакта с пациентом; разговоры

о пациентах во внеслужебной обстановке; записи в медицинских документах; запросы «третьих лиц»; общение с родственниками (близкими) пациента или с законными представителями больного.

Важной психологической задачей медицинской сестры является установление доверительного контакта с пациентом с целью побудить его активно участвовать в процессе лечения. В данном случае уровень сотрудничества значительно превышает регламент функционала медицинской сестры как исполнителя медикаментозного лечения. Она проводит обучение пациента режиму лечения, приему препаратов, проведению тех или иных немедикаментозных процедур, соблюдению диеты, режима дня, изменению образа жизни и пр. Особенно это касается длительной медикаментозной терапии, которая начинается в стационаре и продолжается во внебольничных условиях микросоциальной среды, позволяющая добиваться оптимального социального функционирования пациента. Известно, что семья может оказывать различное влияние на отношение пациента к лечению. Поэтому кроме прочих, медицинской сестре требуются специальные коммуникативные умения для установления терапевтического комплаенса и с окружением пациента.

Нередко происходит деформация микросоциального окружения пациента и нравственно-психологический климат, который создается вокруг пациента. Следующим немаловажным аспектом в работе медицинской сестры является формирование партнерских отношений с семьей пациента на всех этапах помощи. Ведь успех лечения во многом зависит от поддержки пациента со стороны близких, которые часто оказываются неподготовленными к данной роли. Медицинская сестра может помочь семье понять и приспособиться к новому психическому статусу и поведению пациента. Семья должна рассматриваться как сфера социальной адаптации, играющая определенную роль в ресоциализации пациента. А вовлечение семьи в терапевтический и реабилитационный процесс становится ключевым для его результативности.

Между тем профессиональное поведение самой медицинской сестры, понимание ей своего долга, как показывает практика, не является прямым следствием профессионального обучения. На молодого специалиста огромное влияние оказывают атмосфера больницы, пример старших, более опытных коллег, их отношение к новичкам. Адаптация молодого специалиста к профессиональной деятельности

занимает около 3-х лет. За этот период времени медицинская сестра начинает вести себя уверенно, сформировав свой индивидуальный профессиональный имидж. Последний складывается из следующих компонентов: внешний вид; мимика, выражающая доброжелательность и спокойную уверенность, плавная, хорошо построенная речь, уверенный голос, доверительная интонация; открытая поза, отсутствие лишних жестов.

С другой стороны чтобы осуществлять свои профессиональные обязанности, медицинской сестре очень важно поддерживать свое физическое и психическое здоровье, т.е. динамическую гармонию личности с окружающей средой. Между тем деятельность медицинской сестры связана с ежедневными нагрузками, такими как:

- интеллектуальные (восприятие информации и её оценка, распределение функций по степени сложности),
- эмоциональные (степень ответственности за результат собственной деятельности, значимость ошибки, вероятность риска для собственной жизни) .
- физические режим работы с продолжительностью рабочей смены 24 часа.

Данные факторы способствует развитию стресса на рабочем месте. Поэтому в основу решения этико-правовых проблем оказания сестринской помощи пациентам с психическими нарушениями должны быть положены вопросы формирования навыков контроля за стрессовыми состояниями сотрудников и работе с факторами профессионального стресса, связанных непосредственно с трудовой деятельностью медицинских сестер.

В нашей больнице над решением этических проблем сестринской помощи уже много лет плодотворно работает Этический комитет Совета по сестринскому делу в тесном сотрудничестве с администрацией больницы. Нами разработана и внедрена гибкая система подбора и подготовки кадров в области этико-правового регулирования сестринской помощи, превентивных мер и контроля качества сестринской помощи. Эта система включает:

1. Формирование единой поведенческой и морально-этической концепции для сестринского и младшего персонала (Кодекс этики и служебного поведения среднего и младшего персонала БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н.Солодников»).

2. Организация школы медицинской сестры с обязательным включением тем по вопросам соблюдения этических норм и прав пациента в психиатрической больнице.

3. Проведение мероприятий, способствующих повышению корпоративной культуры сестринского и младшего персонала. А именно: профессиональные конкурсы, торжественное празднования Дня Победы, Международного дня медицинской сестры, посвящение в профессию молодых специалистов, организация встречи с ветеранами больницы.

4. Анкетирование пациентов с целью оценки взаимоотношений «медицинская сестра- пациент».

5. Анкетирование персонала с целью оценки коммуникативных способностей медицинских сестер.

6. Анализ обращения граждан на предмет оказания сестринской помощи пациентам (благодарности и жалобы) по результатам которого, организуются специальные обучающие семинары для сестринского и младшего персонала по культуре обслуживания с привлечением психологов и психотерапевтов.

7. Организована Школа по профилактике эмоционального выгорания у медицинского персонала психиатрической клиники на базе АПТО с целью формирования условий для приобретения знаний, умений и навыков, способствующих снижению профессионального стресса.

Вышеизложенное показывает, данная проблема понимается руководством Совета по сестринскому делу и администрацией больницы, внедряются пути и направления ее решения. Дальнейшие перспективы работы в этом направлении нами представлены следующим образом.

1. Проработать систему правовой грамотности медицинской сестры

2. Вести профессиональный отбор и развитие на начальных этапах становления специалиста. В качестве эксперимента мы планируем ввести систему групповых собеседований (3-6-9-12 месяцев), включающее входное анкетирование, текущее анкетирование, систему стресс-моделирования ситуаций в отделении.

3. Продолжить и повысить эффективность борьбы с профессиональным выгоранием и обмен опытом с другими профильными учреждениями страны.

**ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА
НА БАЗЕ БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодников»**

Гирфанова Е.П., Шпор О.М., Швидко Т.А.

Учебно-методический комплекс на базе БУЗОО КПБ имени Н.Н. Солодников организован в январе 2005 года. Деятельность Учебно-методического комплекса направлена на осуществление мероприятий по повышению профессионального уровня и усилению роли сестринского персонала в оказании медицинской и медико-социальной помощи пациентам. Учебно-методический комплекс включает в себя учебно-методический кабинет с библиотекой, учебный класс и учебно-методический кабинет по психосоциальной реабилитации.

Основной целью работы учебно-методического комплекса является организация системы непрерывного обучения сестринского персонала, направленного на повышение уровня профессиональных знаний и совершенствование практических умений и навыков.

Учебно-методический комплекс для достижения поставленной цели ставит следующие задачи:

- анализ и оценка деятельности сестринского персонала учреждения;
- непрерывное повышение уровня профессиональных знаний и умений сестринского персонала на рабочих местах;
- регулярное проведение разборов профильных материалов из периодической медицинской литературы для медицинских сестер;
- организация и проведение научно-практических конференций, дискуссий, мастер-классов, семинаров для медицинских сестер;
- подготовка и проведение конкурсов профессионального мастерства;
- методическое обеспечение деятельности медицинских сестер - разработка инструкций, памяток, протоколов, карт, пособий, бюллетеней, алгоритмов, моделей, профильного библиографического перечня;
- оценка уровня теоретических и практических знаний молодых, а также вновь принятых специалистов сестринского дела, профессиональная и психологическая адаптация молодых специалистов на рабочих местах;
- контроль использования в практической деятельности знаний и умений, полученных медицинскими сестрами в процессе обучения;
- анализ потребности в повышении квалификации и планирование обучения сестринского персонала в учреждениях последипломного образования;

– организация рабочих мест сестринского персонала,

– организация и обеспечение профессиональной практики студентов базовых медицинских образовательных учреждений, проведение дифференцированных зачетов по итогам практики;

– обеспечение методической информацией подразделений лечебного учреждения.

Учебно-методический кабинет оснащен современной оргтехникой с выходом в интернет и информационно-справочную систему Гарант, а также видеоаппаратурой и мультимедийным проектором, что обеспечивает доступность и качество проведения сестринских мероприятий.

Для подготовки сестринского персонала разработаны обучающие программы, методические рекомендации; представлена медицинская и методическая литература с учетом специфики психиатрического учреждения, законодательные и нормативно-правовые акты, издания периодической печати – газеты, журналы, брошюры.

Для проведения оценки профессиональной компетенции сестринского персонала разработана и внедрена электронная программа тестовых заданий. С целью планомерной работы с молодыми специалистами, улучшения условий адаптации их на рабочем месте и для систематического роста профессионального мастерства были организованы «Школа наставника» и «Школа молодого специалиста», «Школа резерва для дублеров старших медицинских сестер».

Практические занятия студентов работающих медицинских сестер на клинических базах медицинских организаций – это ответственный этап в подготовке специалиста, благодаря учебному кабинету созданы условия, максимально приближенные к будущей профессиональной деятельности, что способствует формированию, закреплению, а при необходимости - совершенствованию практических умений. Учебный класс оснащен современным медицинским оборудованием.

Работа учебно-методического кабинета проводится в следующей последовательности:

- планирование – определение приоритетной проблемы, требования нормативной документации, выбор темы, составление плана проведения мероприятия;

– организация – создание инициативной группы, которая может включать как сестринский и врачебный персонал, так и преподавателей медицинских колледжей и Центра повышения квалификации работников здравоохранения, обеспечение информационной базой, разработка пакета документов для проведения мероприятия;

– на базе учебно-методического комплекса - организована работа Школы медицинской сестры психиатрической клиники, Школы младшего персонала, Школа медицинской сестры по психосоциальной реабилитации, Школа профилактики профессионального выгорания; организация подготовка и проведение общебольничных мероприятий (семинаров и конференция для сестринского и младшего персонала, мастер-классов);

– для обучения специалистов больницы на базе БУ ДПО ОО Центр повышения квалификации работников здравоохранения – составление заявок на программы повышения квалификации, циклы профессиональной подготовки и обучения; организация посещений постоянно-действующих семинаров и мастер-классов.

– аттестация кадров – на базе больницы работает экспертная группа территориальной аттестационной комиссии по присвоению квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам Министерства здравоохранения Омской области по специальностям «Сестринское дело», «Эпидемиоло-

гия», «Медицинская статистика», «Диетология», «Общая практика». На базе УМК проводится тестирование к аттестации специалистов бюджетных медицинских организаций;

– обмен опытом с другими медицинскими организациями – по средствам интернета. УМК предоставляет свои методические разработки, также обмен опытом происходит во время занятий постоянно действующего семинара на базе ЦПК РЗ «Школа медицинской сестры УМК»

– накопительная система – современная форма повышения квалификации, освоения образовательных мероприятий, подтвержденных на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

– оказание методической помощи медицинским сестрам при подготовке к проведению общебольничных семинаров и конференций, аттестации на квалификационную категорию, прохождению периодической аккредитации.

Работа учебно-методического комплекса, направленная на обучение и консультативно-методическую деятельность сестринского персонала, дает положительный эффект, который отражается на повышении профессионального уровня медицинских сестер, оказании качественной помощи пациентам и развитии сестринского дела в больнице.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ. НЕЙРОКОГНИТИВНАЯ ГИМНАСТИКА.

Жакупова С.К., Хитрова О.А.

В настоящее время среднему медицинскому персоналу отводится существенная роль в организации медицинской реабилитации и реализации конкретных реабилитационных программ. Одной из методик применяемых медицинскими сестрами в нашем отделении является целенаправленная управляемая тренировка познавательных процессов. Регулярная практика выполнения специальных задач ведет к улучшению и поддержанию когнитивных способностей.

Медицинские сестры проводят с пациентами, особенно в стационарных условиях, большую часть времени и осуществляют непрерывное наблюдение за их психическим со-

стоянием. Помимо создания психотерапевтической комфортной среды для пациентов, медицинские сестры обучены и успешно применяют модифицированные когнитивные и коммуникативные модули, которые направлены на качественное психообразование пациентов. Хорошо зарекомендовал себя и комплекс упражнений нейрогимнастики. Данный комплекс включает в себя пальчиковые, глазодвигательные, мимические, дыхательные упражнения, которые помогают снять эмоциональное напряжение, тревожность, способствуют активизации вестибулярного аппарата. Пациенты при непосредственной курации медицинской сестры охотно вовлекаются в рабо-

ту групп по лепке, рисованию, сборке мозаики, пазлов. Помимо этого используется работа с песком, составление ребусов, шарад, лабиринтов. В конце каждого занятия подводятся итоги, проводится обмен эмоциями, впечатлениями. Это помогает преодолевать сложности в общении, корректирует поведение, позволяет получить новые навыки в благоприятной атмосфере. Медицинские сестры отделения часто принимают участие в проведении арт-терапевтических занятий с пациентами в качестве ассистентов, помогая в организации и сопровождении пациентов, требующих особого внимания.

Комплексный и полипрофессиональный подход в реабилитации дает свои плоды - одна из наших пациенток в мае 2022 г приняла участие в Региональном чемпионате Омской области «Абилимпикс», который проходил на базе Омского колледжа профессиональных технологий, заняла почетное второе место,

была награждена дипломом и ценным подарком. Рисунки пациентов использовались для фотопечати новогодних открыток, календарей. Изготовленные нашими пациентами в швейном цехе сумки с ярким принтом были презентованы в качестве подарков к Дню медицинского работника. Нейрогимнастика, как один из эффективных методов психосоциальной реабилитации, оптимизирует интеллектуальные процессы, повышается работоспособность, улучшается мыслительная деятельность. Медицинские сестры, проводящие занятия отмечают улучшение эмоционального состояния пациентов, повышение их уверенности в себе, снижение утомляемости, улучшение концентрации внимания и координации движения. Творческий настрой регулярных групповых занятий способствует возникновению взаимопонимания между медицинским работником и пациентом.

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Лопуха Е.Ю., Вагнер О.А., Герцена Т.В., Меньшикова М.С.

На современном этапе развития психиатрической службы особое место занимают вопросы создания новых организационных форм, предназначенных для оказания помощи душевно. Этому способствовало создание психиатрического отделения первого эпизода. Отделение создано на основе современных разработок Московского НИИ психиатрии МЗРФ и Канадско-Российской программы по вопросам психосоциальной реабилитации и воплощает в себе современный подход к лечению, реабилитации и социальной адаптации лиц, впервые обратившихся за психиатрической помощью.

Целью отделения первого психотического эпизода является раннее терапевтическое вмешательство при первичном обращении пациента за помощью, что делает возможным ускорение наступления ремиссии, уменьшение социальных потерь. Отделение рассчитано на 60 стационарных коек и 20 мест дневного стационара. Работа в стационаре осуществляется единой полипрофессиональной бригадой, в состав которой входят: врач-психиатр, психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе, социальный работник и медицинская сестра.

Наряду с лекарственной терапией, уже на ранних этапах проводится психосоциальное вмешательство, которое осуществляется через групповую и индивидуальную работу. Выбор формы вмешательства для конкретного пациента осуществляется в соответствии с особенностями заболевания и социальной дезадаптации.

Ведение групп осуществляется всеми членами бригады. Медицинские сестры нашего отделения владеют методиками психосоциального лечения, активно участвуют в групповой работе самостоятельно или в качестве соведущих, разрабатывают модули для проведения психосоциальных групп, адаптированных к уровню социального функционирования пациентов психиатрического отделения первого эпизода.

Сестринский персонал играет очень важную роль в создании терапевтической среды в отделении. Медицинские сестры организуют досуговые группы, проводят кино- и библиотерапию с пациентами. В отделении собрана библио- и фильмотека с широким выбором художественной литературы и видеофильмов. После прочитанной пациентами литературы и просмотра фильмов и телепередач, медицин-

ские сестры проводят обсуждение с ними с целью закрепления полученной информации и обмена мнениями. В этой связи роль сестринского персонала значительно расширяется. В структуре полипрофессиональной бригады медицинским сестрам приходится выполнять следующие функции:

1. Уход за пациентами, включающий удовлетворение их потребностей на всех этапах лечебно-диагностического и реабилитационного процесса (питание, гигиенический комфорт, движение, безопасная среда, общение и т.п.).

2. Подготовка пациентов ко всем видам исследований.

3. Выполнение назначений врача.

4. Участие в наблюдении за пациентами с определением ранних признаков ухудшения психического состояния, включая угрозу самоповреждения, риск суицида, ухудшения соматического состояния.

5. Выполнение дополнительных функций в составе полипрофессиональной бригады:

– налаживание с пациентами психотерапевтических отношений, которые основываются на уважении личности;

– консультирование и обучение пациентов по вопросам, связанным с продолжением поддерживающей терапии, своевременному обращению к врачу при возникновении первых признаков обострения заболевания;

– участие в составлении программы ведения пациента, ее выполнение и оценка результатов;

– сотрудничество со всеми членами полипрофессиональной бригады.

Таким образом в составе полипрофессиональной бригады медицинская сестра является равноправным партнером врача и активным участником лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, ответственным за выполнение своей работы.

Эффективность работы сестринского персонала зависит от творческого подхода, стремления к поиску наиболее оптимальных путей социального восстановления пациентов, а результатом можно считать повышение качества жизни и социальной адаптации пациентов с впервые возникшим психическим расстройством.

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ АГРЕССИИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

Голованова Н.А., Ташмагамбетова С.Х., Соколовская А.А.

Пациенты, находящиеся на принудительном лечении в психиатрическом отделении специализированного типа, составляют особую группу психически больных, к которым судом применена принудительная мера медицинского характера в связи с совершением правонарушения в состоянии невменяемости. Это пациенты, склонные в силу клинических проявлений заболевания и (или) личностных особенностей к повторным общественно-опасным действиям и нарушениям больничного режима, делающим невозможным проведение лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях психиатрического стационара общего типа. В психиатрический стационар специализированного типа направляются больные, требующие постоянного медицинского наблюдения. Это накладывает особую ответственность на сестринский персонал отделения, в обязанности которого входит организация

психиатрического наблюдения за пациентами. Одной из проблем работы в отделении является высокий уровень внутрибольничной агрессии пациентов, находящихся на принудительном лечении. При этом агрессивное поведение разнообразно по форме, направленности и мотивам возникновения.

К факторам, способствующим повышенному уровню агрессии пациентов отделения относятся:

– преобладание пациентов с психопатоподобной симптоматикой, то есть такими изменениями личности, которые делают их склонными к аффективным вспышкам, внешне необвиняющим формам поведения;

– тяжесть психотических расстройств с проявлениями часто немотивированной, импульсивной агрессии;

– опыт пребывания ряда пациентов в местах лишения свободы, их стремление к уста-

новлению криминальных традиций в микросоциальной среде отделения;

- большое количество пациентов из неблагополучной социальной среды со сложившимся стереотипом решения конфликтов с применением насилия;

- длительность пребывания в замкнутом коллективе пациентов мужского пола, психотравмирующая ситуация, связанная с ограничением на неопределенный срок свободы и социальных контактов, в том числе с родственниками, друзьями;

- неоднородность контингента по возрастному, социальному, культурно-образовательному уровню, создающая основы для возникновения конфликтов.

Агрессивное поведение может проявляться в различных формах: вербальная агрессия, угрожающие жесты, физическое насилие в отношении окружающих — как пациентов, так и персонала, нанесение самоповреждений, разрушительные действия в отношении предметов, манипулирование другими пациентами с целью спровоцировать их на агрессивные поступки.

Агрессия может быть обусловлена психическими расстройствами, связана с содержанием галлюцинаторно-бредовых переживаний, вызвана патологическим изменением настроения (гневливая мания, дисфорические состояния при эпилепсии), быть проявлением импульсивных действий у возбужденного больного. Однако у пациентов, находящихся на принудительном лечении, чаще возникает агрессия, связанная с изменениями личности психопатоподобного плана, связанными с патологией в аффективной и волевой сфере, личностной деформацией в связи с асоциальными условиями развития. Агрессия в данном случае чаще всего бывает ситуационно-спровоцированной или инициативной, связанной с реакцией личности на сложившуюся ситуацию.

В литературе подчеркивается трудность в прогнозировании и коррекции этого вида агрессии, неэффективность общепсихиатрических схем и стандартов лечения данного контингента больных. В этой ситуации организация безопасной среды отделения невозможна без грамотной работы персонала, организации благоприятной терапевтической среды, уменьшающей вероятность появления ситуаций, провоцирующих агрессию. Ведущая роль при этом принадлежит сестринскому персоналу, организующему работу дежурной смены, обеспечивающему постоянное взаимодействие с пациентами, организующему

их досуг, в том числе в вечернее время и в выходные дни.

Грамотное психиатрическое наблюдение, выявление минимальных изменений в психическом состоянии пациента со своевременным доведением этих сведений до врача-психиатра помогает своевременно корректировать лечение и профилактировать агрессивное поведение, вызванное обострением психического заболевания. Персонал должен своевременно выявлять первые признаки ситуаций, угрожающих проявлений агрессии. Для этого важна организация расстановки дежурной смены медицинской сестрой, обеспечивающей максимально полное наблюдение за пациентами отделения, прежде всего, в местах их сбора, где высока вероятность возникновения конфликтов (столовая, прогулочная зона, холл, туалет). Проявления вербальной агрессии, как правило, предшествуют физическому насилию, поэтому при ее появлении необходимо немедленно развести конфликтующих пациентов по разным палатам, не оставлять их без надзора сотрудников охраны, провести беседу с целью успокоить больных, своевременно довести сведения о конфликте до врача, провести лечебные манипуляции по его назначениям.

В условиях длительного пребывания пациентов в отделении важно их распределение по палатам с учетом их индивидуально-психологических особенностей, изучение которых, помимо знаний об особенностях болезни пациента, помогает медицинской сестре в работе. Регулярные обходы палат персоналом помогают выявить первые признаки конфронтации между больными, стимулируют пациентов на поддержание порядка и корректных отношений друг с другом.

Большое значение в отделении придается организации занятости и досуга пациентов, в которой активное участие принимает сестринский персонал. Стремление к тому, чтобы пациенты имели постоянные трудовые обязанности по самообслуживанию, активно участвовали в групповой психосоциальной работе, были заняты в часы досуга продуктивной, позитивно влияющей на настроение и развитие личности деятельностью значительно снижает количество проявлений агрессии, как за счет улучшения состояния пациентов, так и за счет уменьшения провоцирующих агрессию ситуаций. Побуждение пациентов к труду, чтению, просмотру кинофильмов и их обсуждению, систематическому занятию спортом, музыкой, не только повышает их активность и улучшает состояние, но и уменьшает их склонность к возникновению конфликтов,

улучшает отношения в коллективе пациентов. Бездеятельность, отсутствие возможности проявить активность, лидерские качества, получить положительные эмоции в культурно-досуговых мероприятиях, значительно повышает вероятность проявлений внутриагрессивной агрессии.

Особую роль в профилактике агрессивного поведения следует уделять взаимоотношениям персонала и пациентов. Тенденция современной психиатрической службы к переходу от патерналистских к партнерским взаимоотношениям между пациентами и персоналом не может обойти и отделения принудительного лечения. Отношение персонала к пациенту как к взрослому, равноправному партнеру в лечебно-реабилитационном процессе, имеющему не только права, но и обязанности, несущему ответственность за свои поступки, значительно повышает осознанность пациентом своего поведения, мотивацию на изменение стереотипов разрешения конфликтов, способность нести ответственность за себя. Грубость, приказной тон, пренебрежение и неуважение в отношении пациента со стороны персонала автоматически активизирует в нем ответную агрессию, которая может проявиться как в отношении сотрудников, так и в отношении более слабых пациентов. Создание медицинской сестрой в отделении спокойной

рабочей обстановки без спешки и окриков создает позитивную терапевтическую среду для проявления положительных качеств пациентов, компенсации личностных изменений психопатоподобного плана, обучает из на примере грамотно работающего персонала новым стереотипам поведения, способам разрешения конфликтов. Участие персонала наравне с пациентами в организации и проведении регулярных культурно-досуговых мероприятий и праздников способствует поддержанию благоприятного психологического климата, поддерживает атмосферу творчества и взаимоуважения, снижающие вероятность проявлений агрессии.

Таким образом, должное психиатрическое наблюдение, организация благоприятной терапевтической среды в отделении, грамотное поведение персонала при возникновении конфликтов, тренировка эффективной коммуникации с пациентами с соблюдением этических и деонтологических норм, может значительно снизить вероятность проявлений агрессии в отделении и повысить эффективность лечебно-реабилитационного процесса. Работа с сестринским персоналом в направлении профилактики выгорания, тренинги по коммуникации с пациентами повышают уровень подготовки персонала в этом направлении и его мотивацию на профессиональную деятельность.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Воронкова Т.А., Скотникова Т.И., Куприенко Л.Б., Серикова К.В.

Актуальность исследования. В структуре всей психической патологии пограничные психические расстройства составляют около 80%, а диапазон их распространенности в общем населении чрезвычайно высок – от 17 до 210 на 1000 населения. Заболевания невротического круга, как правило, поражают лиц трудоспособного возраста и зачастую оказываются причинами значительного снижения качества жизни больных, а в ряде случаев – длительной и рецидивирующей нетрудоспособности. В этой связи возникает необходимость комплексного подхода раннего выявления состояний психоэмоционального напряжения, которые предшествуют пограничным психическим расстройствам. Особую роль, в данном аспекте лечебно-профилактической работы играют меди-

цинские сестры разных специальностей, работающие, как в стационарных, так и в амбулаторных звеньях, оказывающие первичную, многопрофильную и специализированную помощь населению.

Новизна исследования заключается в том, что впервые были разработан комплексный подход к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста.

Цель исследования: разработать комплексный подход, направленный на профилактику эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста.

Основные задачи участка медицинских сестер в решении данной проблемы могут быть обозначены следующим образом:

1. Обучение медицинских сестер сестринской диагностике признаков пограничных

расстройств, в частности склонности к тревожным реакциям с оценкой анамнеза, психического статуса с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона и HADS

2. Формирование у медицинской сестры навыков по доврачебной коррекции проблемного реагирования на психосоциальные обстоятельства.

3. Обучение медицинских сестер навыкам само и взаимодиагностики первых признаков социально стрессовых расстройств.

4. Профилактика пограничных эмоциональных нарушений в сестринских коллективах за счет выстраивания доброжелательной, комфортной профессиональной среды; разрешение на ранних стадиях производственных сложностей и конфликтов.

5. Участие медицинских сестер в лечебно-реабилитационных мероприятиях у пациентов с пограничными расстройствами, а также у лиц соматоневрологическими заболеваниями и коморбидными тревожно-депрессивными нарушениями.

6. Оценить эффективность комплексного подхода к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста.

Критерии включения: лица трудоспособного возраста, страдающие различными формами НППР (шифры F4, частично F3 и F0 по МКБ-10).

Критерии исключения: лицо не входящие в рубрики F4, частично F3 и F0 по МКБ-10, не имеющие работы или находящиеся на пенсии, а так же пациенты не желающие принимать участие в исследовании.

Размер выборки – 80 пациентов.

Методы исследования:

- анализ статистических данных;
- наблюдение (лист сестринского наблюдения);
- анкетирование (шкала тревоги и депрессии Гамильтона и HADS).

Обработка полученных данных проводилась в программе «Статистика 6.0» и «Excel – 2007».

Ход исследования. Исследование проводилось на базе БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» в психотерапевтическом амбулаторном отделении с февраля 2019 года по ноябрь 2020 года.

Нами был разработан комплекс мероприятий "Медицинская сестра в психотерапии", который включал в себя следующие этапы:

1. Введение в программу подготовки вышеизложенной проблематики.
2. Использование полученных теоретических знаний и практических навыков в работе

с пациентами пограничного профиля и с дознологическими признаками.

3. Сестринская диагностика пограничных психических расстройств (с оценкой анамнеза, психического статуса с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона и HADS).

4. Участие медицинских сестер в специальной программе психосоциальной реабилитации пограничных больных "Школа радости" с оценкой ее эффективности.

5. Участие медицинских сестер в специализированной школе «Профилактика эмоционального выгорания».

В целях объективизации результатов исследования были использованы следующие методы: клиничко-катамнестическое изучение пациентов и участников образовательных программ, экспериментально-психологическое исследование, динамическое и скрининг-диагностическое с использованием психометрических шкал.

В ходе исследования были получены следующие результаты. Медицинские сестры первичных, многопрофильных и специализированных звеньев владеют навыками выявления дознологических признаков пограничных психических расстройств на низком уровне. После проведенного семинара - тренинга, который прошла 21 медицинская сестра, 68% медицинских сестер стали обращать внимание на данные симптомы в ходе сбора сестринского анамнеза и изучения жалоб причин обращения пациентов.

В ходе бесед медицинских сестер с пациентами 86% из них стали учитывать критические возрастные периоды и описывать связь между сложными психосоциальными обстоятельствами пациентов и уровнем их психического здоровья.

При выявлении клинических признаков пограничных психических расстройств или наличия в анамнезе пациента сложных ситуаций в процессе организации комплекса программ психосоциальной реабилитации, медицинские сестры сообщали лечащему врачу о данных обстоятельствах, и при реализации полипрофессиональной помощи участвовали в процессе составления индивидуализированного плана лечения.

В ходе семинара - тренинга 21 медицинская сестра в удовлетворительной степени освоила навыки первичной психотерапевтической помощи и включила в свою повседневную работу элементы релаксационной и телесно-ориентированной психотерапии, психодраммы. Кроме того, при проведении групповой релаксационной и те-

лесно-ориентированной терапии эти медицинские сестры включались вместе с врачами – психотерапевтами, выполняя таким образом функцию ко-терапевта. Для оценки эффективности комплексного подхода было проведено изучение динамики психоэмоционального напряжения в 2 однородных группах пациентов с тревожно-депрессивными состояниями. В первой группе (36 пациентов) психотерапию проводили только врачи, во второй (44 пациента) принимали участие медицинские сестры. В первой группе показатель депрессии в среднем снизился на $3,45 \pm 1,02$ балла, тревоги на $2,31 \pm 0,98$ балла, а во второй – на $4,23 \pm 1,13$ и $4,54 \pm 0,76$ соответственно ($p \leq 0,05$), что достоверно свидетельствует об эффективности данной технологии психиатрического сервиса с участием медицинских сестер.

В ходе проведения специализированных школ по профилактике эмоционального выгорания среди медицинских работников БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников» с февраля 2016 года по ноябрь 2016 года ($n = 39$) было выявлено, что у 50% медицинского персонала отмечалась высокая степень эмоционального выгорания по опроснику Маслях - Джексан, (приложение 2). Занятия в школе проводились в течение 2-х недель в 3 этапа:

I этап – верификация уровня эмоционального выгорания и планирование индивидуального профилактического комплекса;

II этап – теоретическая часть – ознакомление с понятием эмоционального выгорания, признаками, стадиями и методами профилактики;

III этап – практическая часть – релаксационная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия (приложение 3).

Контрольное исследование показало, что эмоциональное состояние участников школы улучшилось: явления физического и психического дискомфорта практически исчезли, появилось чувство собранности и готовности к

работе, и снизился уровень увольнения медицинских сестер, уровень формально выгоревших медицинских сестер упал 2,6 раза

Результаты исследования могут быть представлены следующим образом:

1. Комплексный подход к профилактике психоэмоциональных проблем стабилизирует аффективное состояние его субъектов, способствует нормализации эмоционального фона личности и вносит существенный вклад в предотвращение пограничных психических расстройств.

2. Участие медицинских сестер в психосоциальной профилактике и реадaptации у лиц с кризисными состояниями и пограничными психическими расстройствами в значительной степени повышает эффективность лечебно-реабилитационных программ.

3. Специализированные превентивные программы, входящие в разработанный комплекс, существенно повышают профессиональное здоровье медицинских сестер и, опосредованно, эффективность функционирования медицинской организации.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Сестринская диагностика психоэмоциональных нарушений у пациентов должна проводиться на всех этапах первичной, многопрофильной и специализированной медицинской помощи.

2. Профилактические мероприятия в отношении психоэмоциональных проблем у тематических групп (лица с психосоциальными стрессами, больные с пограничными психическими расстройствами) должны проводиться на комплексной основе с активным участием медицинских сестер в контексте полипрофессиональной помощи.

3. Профилактические программы в отношении медицинских работников в любой медицинской организации должны стать неотъемлемой частью системы оздоровления медицинского персонала.

Новости психиатрии

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СТРАХЕ, ТРЕВОГЕ, НЕГАТИВНОЙ АФФЕКТИВНОСТИ

<https://psyandneuro.ru>

В сентябре 2022 г. в журнале *Translational Psychiatry* был опубликован метаанализ, проведенный Xiqin Liu et al., который стал первым исследованием, посвященным выявлению нейроанатомических особенностей тревоги, страха и сниженного настроения при генерализованном тревожном расстройстве (ГТР), большом депрессивном расстройстве (БДР) и расстройствах, связанных со страхом. Авторы выяснили, что снижение объема префронтальной области и островковой доли ассоциировано с ГТР и БДР, а снижение объема в стриатуме – с расстройствами, связанными со страхом. Эти находки могут служить терапевтическими мишенями в будущей клинической практике.

Тревожные расстройства – одни из наиболее часто встречающихся психических расстройств. Они представляют собой некий континуум «страх/тревога», на одном конце которого находятся расстройства, проявляющиеся страхом определенных ситуаций (фобические расстройства, паническое расстройство [ПР], социальное тревожное расстройство [СТР], агорафобия), а на другом – состояния, сопровождающиеся диффузной тревогой неопределенности (ГТР). Согласно модели психопатологических факторов, первая группа расстройств относится к дименсии «страх», а ГТР/БДР – к дименсии «тревога/страдание» или «дистресс». Интересно, что ГТР и БДР имеют общие симптоматику и генетику, а агорафобия может сопутствовать практически любому тревожному расстройству.

Нейробиологические маркеры тревожных расстройств не определены. Исследования на моделях животных и людей показали, что за страх ответственны центральные ядра миндалинного тела, а за тревогу – ядро ложа терминальной полоски (BNST). Исследования здоровых лиц не выделили каких-либо значимых особенностей в структуре головного мозга. Результаты пациентов с тревожными расстройствами оказались противоречивыми, что, вероятно, связано с небольшой выборкой. В исследованиях с большим числом респондентов ни при ГТР, ни при СТР не обнаружилось изменений в объемах серого и белого веществ головного мозга. В исследованиях с трансдиагностическими моделями определялось уменьшение объема серого вещества в нижней фронтальной извилине при ГТР и рас-

стройствах, связанных со страхом. Однако эти результаты требуют дополнительной проверки. С целью ее осуществления авторы нового исследования отобрали работы, в которых при помощи воксельной морфометрии изучались особенности строения головного мозга у лиц с ГТР, фобическим и паническим расстройствами, агорафобией, СТР, БДР; проводилось сравнение с группой контроля. Исследование с резистентными к лечению случаями, с повторяющейся депрессией исключались из анализа.

Всего было отобрано 9 работ с ГТР, 23 работы с расстройствами, связанными со страхом и 46 работ с БДР. У 8,4% респондентов ГТР сопровождалось другим тревожным расстройством или БДР. У 15% пациентов с расстройством, связанным со страхом, отмечались ещё и ГТР или БДР. У 5% респондентов с БДР обнаруживалось тревожное расстройство.

При сравнении пациентов с ГТР с группой контроля (226 человек в каждой группе) авторы выяснили, что объем серого вещества головного мозга снижается в области островковой извилины слева, в левой верхней височной извилине, в нижней лобной извилине. При снижении порога измерения к этим областям добавились левый таламус, правая язычная извилина и верхняя теменная извилина. Объем серого вещества увеличивался в правой парацентральной дольке. Действительно, в предыдущих исследованиях обнаруживалось, что дефицит в роландическом оперкулуме/инсуле связан с ГТР, а также с более высокими уровнями тревоги. Недостаток нисходящего контроля со стороны нижней лобной извилины может вызывать недостаток регуляции эмоций и контроля тревоги и тревожных мыслей при ГТР.

Согласно другим исследованиям BNST играет важную роль в моделях тревоги у животных и человека. Однако в настоящей работе авторы не увидели изменений в данной области при ГТР. Это может означать, что патологическая тревога не связана с BNST или что невозможно с помощью воксельных исследований обнаружить изменения в данных областях.

При сравнении респондентов с расстройствами, связанными со страхом, с группой контроля (918 и 989 человек соответственно) не было выявлено различий в структурах головного мозга. При изучении подгрупп при СТР (444 человека) и ПР (370 человек) не было зафиксиро-

ровано значимых отклонений в объёме различных областей мозга. Воксельных исследований фобий недостаточно для формулирования какого-то вывода. При снижении порога обнаружилось увеличение объёма серого вещества в левой язычной извилине и правой язычной извилине при всех расстройствах, связанных со страхом, а также при отдельном измерении СТР. Этот показатель может отражать степень тяжести расстройства. Функциональные изменения в данной зоне ассоциированы с нарушением восприятия эмоциональных стимулов. Объём серого вещества снижался в области правой островковой извилины, верхней височной извилины справа при фобиях.

При сравнении пациентов с БДР с группой контроля (2 575 и 2 866 человек соответственно) авторы отметили снижение объёма серого вещества в области орбитофронтальной коры и правой островковой доле. При снижении порога измерения к этим областям добавились правая верхняя височная извилина, передняя поясная кора, парасингулярная и парагиппокампальная извилины. Изменения в орбитофронтальной коре ассоциированы с когнитивными, аффективными и социальными нарушениями при депрессии. Предыдущие исследования регистрировали изменения в средне-задней части островковой доли при различных психических расстройствах: ПТСР, шизофрении, нервной анорексии. Это может свидетельствовать о нарушении interoцепции при данных заболеваниях. Однако наблюдаются изменения в левой средне-задней островковой доле, тогда как новое исследование показало изменения в правой средне-задней её части, что требует дополнительных экспериментов.

Сравнение ГТР с БДР и с расстройствами, ассоциированными со страхом, позволило обнаружить следующее. При ГТР в большей степени, чем при расстройствах, ассоциированных со страхом, снижался объём серого вещества в медиальной префронтальной коре, правой остров-

ковой доле, правой угловой извилине и нижней теменной извилине. Медиальная префронтальная кора является основной частью сети пассивного режима и отвечает за рефлексию, контроль эмоций, формирует устойчивость к дистрессу. Возможно, снижение объёма в этой области способствует формированию реакции капитуляции перед стрессами.

При расстройствах, ассоциированных со страхом, объём серого вещества в большей степени снижался в области покрышки справа. Другие исследования изменений в области покрышки при СТР, фобических расстройствах продемонстрировали неоднозначные результаты.

Объём серого вещества при ГТР больше, чем при БДР, уменьшался в области нижней лобной извилины. При расстройствах, ассоциированных со страхом, объём серого вещества в области правой медиальной префронтальной коры и язычной извилины увеличивался в большей степени, чем при БДР.

Измерение коморбидности ГТР и БДР с расстройствами, ассоциированными со страхом, показало нестабильность различий между ГТР и БДР. Это может означать, что специфические для ГТР и БДР изменения объёма серого вещества головного мозга могут зависеть от коморбидности ГТР и БДР с другими психическими расстройствами. Расстройства, рассматриваемые в новом исследовании, очень распространены в обществе. Тем не менее на сегодняшний день такие пациенты далеко не всегда отвечают на терапию. Поэтому достаточно интересной представляется возможность научиться влиять на анатомические структуры головного мозга, ассоциированные с указанными заболеваниями. Так, многими учёными изучается польза транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС), тренинг биологической обратной связи на основе фМРТ. Оценить эффективность этих методов можно, воспользовавшись данными нового исследования, обнаружившего изменения в головном мозге при том или ином заболевании.

Автор перевода: Вирт К. О.

Редактура: Явлюхина Н. Н.

Источник: Xiqin Liu et al. Pathological fear, anxiety and negative affect exhibit distinct neurostructural signatures: evidence from psychiatric neuroimaging meta-analysis. Translational Psychiatry.

<https://www.nature.com/articles/s41398-022-02157-9>

АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЕ БРЕМЯ АНТИПСИХОТИКОВ: ВЛИЯНИЕ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

<https://psyandneuro.ru>

Когнитивные нарушения при шизофрении являются одной из основных причин инвалидизации, что приводит к серьезным функциональным и социально-экономическим последствиям. Негативное влияние на когнитивные функции

может также оказывать проводимая фармакотерапия путём влияния на холинергическую нейротрансмиссию. Однако есть основания предполагать, что важным фактором, обуславливающим связь антипсихотиков со снижением

когнитивных функций, может быть кумулятивный антихолинергический эффект фармакотерапии.

Georgiou R. et al был проведен систематический обзор литературы с целью выявления исследований, в которых изучалось влияние антихолинергической нагрузки на когнитивные функции у пациентов с шизофренией. Антихолинергическая нагрузка оценивалась либо по шкале классификации антихолинергических препаратов (Anticholinergic Drug Scale, ADS), либо рассчитывалась на основе антихолинергической активности сыворотки крови (Serum anticholinergic activity, SAA), измеренной с помощью метода конкурентного радиоанализа. ADS — это система классификации для оценки антихолинергического действия лекарственных средств, основанная на клиническом опыте, мнении экспертов и антихолинергической активности в сыворотке крови или сродстве связывания с мускариновыми рецепторами *in vitro*.

Согласно трем из включенных исследований (Desmarais et al., Ogino et al., Drimer et al.), после прекращения антихолинергической терапии у большинства участников не было выявлено негативных психопатологических явлений или экстрапирамидных симптомов, а также наблюдалось значительное улучшение общих показателей нейрокогнитивных батарей в течение последующих недель. Отмена антихолинергических препаратов показала улучшение по сравнению с исходным уровнем в скорости обработки информации, внимании, практике и ориентации. Это предполагает, что антихолинергические препараты не вызывают необратимого после отмены влияния на когнитивные функции, и что долгосрочное применение может не потребоваться у большинства пациентов, получающих антипсихотики.

Тринадцать исследований обнаружили статистически значимую связь между высокой антихолинергической нагрузкой антипсихотической терапии и когнитивными

нарушениями (когнитивных функций в целом и отдельных когнитивных доменов, таких как обучение и память, исполнительные функции, скорость обработки информации). В нескольких систематических обзорах проводилось сравнение типичных и атипичных антипсихотиков с точки зрения их влияния на когнитивные функции у пациентов с шизофренией. В некоторых исследованиях предполагалось, что применение атипичных антипсихотиков улучшает когнитивные функции, тогда как результаты других исследований свидетельствуют об одинаковом влиянии антипсихотиков первого и второго поколения на когнитивные функции. Согласно результатам метаанализа, включавшего исследование по изучению снижения дозы антипсихотиков второго поколения, снижение дозы на 50% положительно влияло на когнитивные функции. Что свидетельствует о дозозависимом негативном воздействии атипичных антипсихотиков на когнитивные функции. Эти результаты могут быть объяснены кумулятивным антихолинергическим бременем антипсихотиков, а также их антидофаминергическими свойствами в префронтальной коре.

Примечательно, что ингибиторы холинэстеразы были предложены в нескольких клинических исследованиях в качестве дополнительной терапии к стандартному антипсихотическому лечению для решения проблемы когнитивного снижения у пациентов с шизофренией. Препараты данной группы обладают сродством к ацетилхолинэстеразе и бутирилхолинэстеразе и ингибируют данные ферменты, увеличивая доступность ацетилхолина в синапсах нейронов. Согласно литературе, ингибиторы ацетилхолинэстеразы в комбинации с антипсихотиками положительно влияют на когнитивные функции, особенно в отношении внимания, зрительной и вербальной памяти, языка, регуляторных (исполнительных) функций.

НУЖЕН ЛИ РЕГИСТР ЛИЦ С ТЯЖЁЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ?

<https://psyandneuro.ru>

Согласно ТАСС, в понедельник генеральный директор НМИЦ психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Светлана Шпорт сообщила, что в Минздрав России внесено предложение о создании федерального регистра лиц с тяжелыми психическими расстройствами, которые могут быть потенциально опасны для общества. По словам эксперта, создание регистра позволит усилить контроль над этой категорией граждан, включающей на данный момент в России около 53 000 человек, и в полной мере обмениваться

необходимой информацией с органами полиции.

Важно отметить, что по данным 2018 г. доля общественно опасных действий, совершенных лицами в состоянии невменяемости, в общем числе преступлений составила всего 0,76% (7 070 случаев из 931 107 преступлений, совершенных в РФ). Вопреки бытующему мнению, эта цифра относительно невелика и отражает скорее уровень криминализации общества в целом. Более того, учреждение такого регист-

ра может быть предельно неэффективным, поскольку далеко не все лица, признанные невменяемыми на момент совершения преступления, наблюдались у врачей-психиатров и находились под диспансерным наблюдением.

Важно и то, что инициатива по созданию регистра лиц с тяжёлыми психическими расстройствами в контексте «общественной опасности» носит крайне стигматизирующий характер. Нет никаких научных доказательств того, что составление подобных регистров с целью усиления контроля со стороны органов полиции может профилировать совершение правонарушений. Кроме того, из-за подобных инициатив люди, действительно нуждающиеся в оказании медицинской помощи, будут избегать психиатрических служб, что приведёт к ухудшению состояния данных лиц, а также увеличению несчастных случаев, суицидов и злоупотреблений психоактивными веществами (ПАВ).

В прошлом МВД уже отправляло в Минздрав России запрос об открытии доступа к базам данных лиц с психическими расстройствами и зависимостями от ПАВ. В письме генерал-полковник полиции Горовой Александр Владимирович просил предоставить МВД доступ к медицинским базам данных – для предупреждения преступлений со стороны лиц с психическими расстройствами, которые представляют

«опасность для окружающих» и «непредсказуемость действий которых зачастую приводит к тяжким и особо тяжким последствиям».

На запрос Горового в Минздрав ответил президент Российского общества психиатров Незнанов Николай Григорьевич. Профессор высказался категорически против передачи данных об этих пациентах полиции:

«Следует иметь в виду серьезные негативные последствия предлагаемой передачи данных о психически больных органам внутренних дел. В настоящее время в обществе сформировалось мнение об исключительно карательном характере психиатрической помощи. Больные, их родственники опасаются обращаться за психиатрической помощью. Это является одной из причин поздней диагностики психической патологии, а в контексте рассматриваемого вопроса – часто уже после совершенного деликта. Если общественность будет информирована о передаче данных об обращении за психиатрической помощью в полицию, это еще более усугубит существующую ситуацию».

Подобные предложения, вынесенные на обсуждение в Минздрав России, не основываются на доказательных данных и не берут в расчёт серьезные негативные последствия создания регистра лиц с тяжёлыми психическими расстройствами.

Автор: Касьянов Е. Д.

РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ НАСТРОЕНИЯ

<https://psyandneuro.ru>

Раздражительность является трансдиагностическим феноменом, встречающимся при различных психических расстройствах. Данный феномен негативно влияет как на межличностные отношения и процесс принятия решений, так и на повседневное функционирование. Раздражительность может быть концептуализирована как повышенная чувствительность к стимулам наряду с пониженным порогом реагирования на них. При этом субъективное переживание раздражительности считается нормальным во многих контекстах и может возникать без объяснимых самим человеком причин. Кроме того, данный феномен отличается от гнева и агрессии, но считается важным фактором, способствующим возникновению негативных поведенческих проявлений как у молодежи, так и у взрослых. Однако поведенческие индикаторы в виде вспышек гнева или агрессии не являются неизбежным результатом раздражительности, поэтому её уровень не всегда возможно оценить внешним наблюдателям.

Раздражительность может развиваться в различном возрасте. У детей и подростков раздражительность является одним из основных признаков расстройств настроения, и изучается в контексте деструктивного нарушения регуляции настроения (от англ. disruptive mood dysregulation disorder), депрессивных эпизодов, синдрома дефицита внимания и гиперактивности и расстройств аутистического спектра. Во взрослом возрасте раздражительность рассматривается как характерная черта тревожных расстройств, расстройств настроения и пищевого поведения, расстройств вследствие употребления психоактивных веществ, а также нейрокогнитивных и личностных нарушений.

У взрослых с расстройствами настроения данные о нейромедиаторах указывают на связь раздражительности с гиперреактивностью центральной норадренергической системы, которая может усиливать эмоциональные реакции в ответ на стрессовые воздействия. В тех ограниченных исследованиях, которые изучали раздражительность у взрослых с расстройствами

настроения, результаты указывают на повышенную реакцию на негативные стимулы, повышенную осведомленность о потенциальных источниках стресса и повышенную реактивность на стресс. Согласно данным исследований, уменьшение симптомов раздражительности связано с увеличением вероятности ремиссии. Так, если другие симптомы настроения улучшаются, но гиперреактивность и мотивационное возбуждение на значимые стимулы (стрессоры) остаются, вероятность достижения/удержания эутимии может быть ниже.

Литература, изучающая потенциальные фармакологические методы лечения раздражительности при аффективных расстройствах, ограничена и неоднозначна. Jha MK et al в своем исследовании установили, что снижение раздражительности в течении 4 недель терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) предсказывает вероятность ремиссии депрессивных симптомов независимо от тяжести депрессии или тревоги. Дальнейшее изучение серотонинергических препаратов Jha MK et al показало улучшение показателей раздражительности при использова-

нии сертралина по сравнению с плацебо. В группе пациенток с ПМДР СИОЗС продемонстрировали эффективность в улучшении симптомов раздражительности, при этом частота ответа на терапию составила 80-90%

По результатам других исследований, использование ряда антипсихотиков способствовало улучшению показателей раздражительности в группах пациентов с БАР и РДР. Единственное на данный момент рандомизированное контролируемое исследование по изучению раздражительности в группе пациентов с психическими расстройствами не выявило преимуществ лечения тяжелой дисрегуляции настроения у подростков литием перед плацебо, а влияние лития на раздражительность у взрослых еще не изучено. Согласно ряду исследований, пациенты с расстройствами настроения, характеризующимися раздражительностью, имеют повышенную вероятность ответа на вальпроат и ламотриджин, но данные результаты могут быть обусловлены улучшением основного расстройства настроения, а не показателем специфичности данных препаратов в отношении раздражительности.

Автор перевода: Долина А. А.

Научная редакция: Касьянов Е. Д.

Источник: Bell E, Boyce P, Porter RJ, Bryant RA, Malhi GS. Irritability in Mood Disorders: Neurobiological Underpinnings and Implications for Pharmacological Intervention. CNS Drugs. 2021 Jun;35(6):619-641. doi: 10.1007/s40263-021-00823-y. Epub 2021 May 21. PMID: 34019255

СЕКС ПОСЛЕ 60: НЕ ТАБУ, А КЛЮЧ К БЛАГОПОЛУЧНОЙ СТАРОСТИ

<https://psyandneuro.ru>

«Пожилые люди асексуальны», «если у пожилого человека возникают мысли о сексе, он достоин порицания и должен их стыдиться», «религиозность и сексуальность несовместимы в пожилом возрасте». Эти и другие мифы распространены во многих странах мира. Несмотря на то, что соблюдение сексуальных прав человека и сексуальное здоровье – важные аспекты достойного старения, тема секса и сексуальности часто табуируется в традиционных обществах, особенно если речь идет о пожилых людях.

Чтобы помочь развенчать стереотипы об интимной жизни пожилых, индийские ученые доктор Дебанджан Банерджи (Многопрофильная больница Аполло Глениглс, Калькутта) и профессор ТС Сатьянараяна Рао (Академия высшего образования и исследований [JSSAHER], Майсур, Индия) провели качественный анализ восприятия секса и сексуальности в пожилом возрасте. Ключевым материалом исследования стали свидетельства самих пожилых людей. Это первая подобная работа не только в Индии, но и во всей Южной Азии.

Целью исследования было выяснить, как в процессе старения меняется восприятие и пе-

реживание сексуальных отношений, какие ожидания пожилые люди возлагают на партнеров и какую роль сексуальность играет в их жизни. Для анализа применялась парадигма социального конструктивизма. В исследовании участвовали мужчины и женщины старше 60 лет без психиатрических заболеваний, имеющие разное семейное положение, жилищные условия и сексуальную ориентацию. В ходе подробных углубленных интервью респонденты поделились переживаниями, описали свой сексуальный опыт, рассказали о заботе, близости и чувстве защищенности рядом с партнером, а также о трудностях и препятствиях, с которыми они сталкиваются.

Авторы исследования выяснили, что в пожилом возрасте сохраняются сексуальное желание и сексуальные фантазии, особое значение приобретают психологическая близость и партнерство, а проблемы возникают не только в связи с физиологическими изменениями, но и из-за общественных стереотипов и отсутствия поддержки со стороны структур здравоохранения.

Работа опубликована в тематическом номере журнала Consortium Psychiatricum, посвя-

щенном гериатрической психиатрии. Проведение подобного исследования, особенно в контексте объявленного ООН Десятилетия здорового старения, – шанс привлечь внимание

не только исследователей и врачей, но и представителей власти к особым потребностям пожилых людей, а также обеспечить пожилым людям полноценную и здоровую старость.

Авторы: Дебанджан Банерджи, ТС Сатьянараяна Рао.

Редактура: Явлюхина Н. Н.

Источник: <https://consortium-psy.com/jour/article/view/153/pdf>

ЧТО ГОВОРЯТ РУКОВОДСТВА ПО ЛЕЧЕНИЮ ДЕПРЕССИИ О ПРЕКРАЩЕНИИ ПРИЕМА АНТИДЕПРЕССАНТОВ

<https://psyandneuro.ru>

Снижение дозы и прекращение приема антидепрессантов – важный аспект ведения пациентов с депрессией, и соответствующие рекомендации следует рассматривать как неотъемлемую часть руководств по лечению депрессии.

Современные клинические рекомендации по-разному раскрывают этот вопрос. Для сравнения и систематического обзора были отобраны руководства по лечению депрессии с применением антидепрессантов – всего 21 руководство, опубликованные в 1998-2020 гг. В их числе 7 руководств, составленных профессиональными обществами и правительственными организациями США, 5 – из Великобритании, по одному из Канады, Новой Зеландии, Шотландии, Сингапура, Ирландии, Австралии/Новой Зеландии. Три руководства опубликованы международными организациями.

В 19 % руководств не содержится никакой информации о том, как следует прекращать курс антидепрессантов. В 15 (71 %) руководствах рекомендуется прекращать прием, постепенно снижая дозу. В 9 (43 %) руководствах указывается определенный период, в течение которого нужно снижать дозу. Длительность периода варьируется от 4 недель до 6 месяцев. Одновременное прекращение приема антидепрессантов рекомендуют два руководства: Британская ассоциация психофармакологии (2015 г.) в случаях, когда антидепрессанты вызывают тяжелые побочные эффекты; Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании (2020 г.) в случаях, когда, несмотря на медленное снижение дозы, появляются нежелательные симптомы.

Конкретные рекомендации по препаратам с коротким периодом полувыведения даны в четырех (19 %) руководствах, которые советуют снижать дозу “более длительный срок”, и в одном из них (Департамент по делам ветеранов США, 2016 г.) указано, что снижение дозы долж-

но определяться периодом полураспада выведения препарата. Конкретные рекомендации по снижению дозы ингибиторов моноаминоксидазы были даны в одном руководстве (Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании, 2020 г.), в котором советуется снижать дозу в течение “более длительного срока”; рекомендации по снижению дозы трициклических антидепрессантов даны в одном руководстве (Королевская Австралийская и Новозеландская коллегия психиатров, 2020 г.) – медленное снижение дозы в течение “более длительного срока”.

Только два руководства конкретизировали порядок снижения дозы. В одном руководстве (Министерство здравоохранения Сингапура, 2012 г.) рекомендуется уменьшить дозу вдвое перед прекращением приема; в другом руководстве (Королевская Австралийская и Новозеландская коллегия психиатров, 2020 г.) пациентам с высоким риском синдрома отмены предлагается сначала снизить дозу до минимальной эффективной дозы, затем вдвое уменьшить эту дозу, а затем снижать небольшими шагами каждые 2 недели.

Поддерживающее лечение антидепрессантами после симптоматической ремиссии было рекомендовано в 17 (81 %) руководствах. Чаще всего встречается рекомендация продолжать поддерживающую терапию 6 месяцев.

Только в пяти руководствах даются рекомендации по лечению синдрома отмены. В числе рекомендаций: разъяснительные беседы с пациентом, мониторинг симптомов, возобновление приема антидепрессанта и затем более медленное снижение дозы, замедление снижения дозы, переход на флуоксетин и прекращение приема флуоксетина после устранения симптомов синдрома отмены, переход на аналогичный препарат с более длительным периодом полувыведения, а затем еще более медленное снижение при мониторинге симптомов.

Автор перевода: Филиппов Д.С.

Источник: Sørensen A, Juhl Jørgensen K, Munkholm K. Clinical practice guideline recommendations on tapering and discontinuing antidepressants for depression: a systematic review // *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. January 2022.

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

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

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

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

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