

Омский психиатрический журнал

4 (38) 2023



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

4(38)

2023

ISSN
2412-8805

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

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

E-mail: ompsy@mail.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины
James McCarthy
"Dawn in the Garden of
Creation". 2017

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Александрова Н.В.
Омский государственный университет (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омское общество психиатров (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
Социальные аспекты психиатрии		Social aspects of psychiatry
Социально-демографические и клинические особенности лиц призывного возраста (по материалам общепсихиатрического отделения КПБ г.Омска) <i>С.И. Козлов, М.Г. Андреева, Л.А. Ерофеева, Р.О. Морозов, Е.Г. Титова, Д.В. Четвериков</i>	3	Socio-demographic and clinical characteristics of persons of military age (based on materials from the psychiatric department of the Omsk City Clinical Hospital) <i>S.I. Kozlov, M.G. Andreeva, L.A. Erofeeva, R.O. Morozov, E.G. Titova, D.V. Chetverikov</i>
Клиника психических расстройств		Clinic of mental disorders
Посттравматическое стрессовое расстройство в современных условиях <i>Е.Н. Иванченко, Е.В. Спижарский, Е.Г. Вячеславова</i>	10	Post-traumatic stress disorder in modern conditions <i>E.N. Ivanchenko, E.V. Spizharsky, E.G. Vyacheslavova</i>
Психотерапия и реабилитация		Psychotherapy and rehabilitation
Физическая культура в комплексном сопровождении детей и подростков с психическими расстройствами <i>Н.В. Александрова, Н. Г. Денисова, Ю. Д. Рубцова</i>	13	Physical education in comprehensive support for children and adolescents with mental disorders <i>N.V. Alexandrova, N.G. Denisova, Yu.D. Rubtsova</i>
Сестринское дело в психиатрии		Nursing in Psychiatry
Особенности сестринского ухода и наблюдения за пациентами находящихся на принудительном лечении в отделении общего типа <i>О.В. Егорова, И.А. Бичева, Е.В. Шаханина</i>	16	Features of nursing care and observation care of patients under compulsory treatment in a general department <i>O.V. Egorova, I.A. Bichevaya, E.V. Shakhanina</i>
Организация мероприятий по профилактике агрессивных действий у пациентов, страдающими психическими расстройствами <i>И.С. Зиновьева, Т.А. Воронкова, О.Я. Гольм</i>	19	Organization of prevention activities aggressive actions in patients, suffering from mental disorders <i>I.S. Zinovieva, T.A. Voronkova, O.Ya. Golm</i>
Новости психиатрии	22	Psychiatry News

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Качество психического здоровья мужчин призывного возраста является показателем, который отражает психическое здоровье нации, нуждается в регулярном анализе. Он определяет такие важнейшие ее характеристики, как духовно-нравственный, экономический потенциал, обороноспособность, качество жизни. При этом, распространенность умственной отсталости, наряду с уровнем наркомании и самоубийств, свидетельствует о степени социального психического нездоровья. Наиболее значимыми причинами ее развития являются прием ПАВ, алкоголя, табакокурение, увеличивая риск пороков развития, включая умственную отсталость. Полученные данные важны для актуализации сведений на уровне региона, и адресной профилактической работы с группами риска со стороны социальных служб, также полученный портрет потенциально психически нездорового призывника может быть использован специалистами для профессионального отбора. Кроме того, возможна разработка мероприятий социально-психологической реабилитации лиц, получающих ряд социальных и профориентационных ограничений в результате освидетельствования. Целью исследования, представленного в настоящем выпуске журнала было изучение клинической и социально-демографической характеристики призывников для актуализации данных с учетом региональных особенностей для оценки тенденций.

В ходе исследования показано, что среди психических расстройств лиц призывного возраста наибольшее распространение имеет легкая умственная отсталость (УО), составляя - 40,9%, органические психические расстройства (ОПР), -31,9% и расстройства личности (РЛ), -23,8%. Наиболее значимыми факторами были для группы УО были полная семья (45%), алкоголизация родителей 35%, ранняя алкоголизация наравне с табакокурением. Различия выявлены в отношении раннего потребления ПАВ. В группе с органическими ОПР алкоголизация (12,9%) преобладала над курением (51,6%), тогда как в группе РЛ, напротив, преобладала ранняя алкоголизация (50% к 4,5%). В группах неорганических расстройств и расстройств личности значимым фактором являлись высокий уровень неполного среднего (67,74%) и полного среднего образования (32,26%) в случае с органическими

расстройствами, и полное среднее (45,45%) среди обследованных с расстройствами личности.

Частые социальные конфликты и чрезвычайные ситуации, постоянно возникающие в мире, приносят только страдания, боль, множество искалеченных жизней. Аварии, стихийные бедствия и война не проходят для человека бесследно. Масивное отрицательное влияние на психику множественных психотравмирующих факторов приводит к тому, что долгосрочные последствия могут оказаться более разрушительными, чем моментальные. В связи с этим, приобретает очень важное значение максимально раннее выявление у пострадавших психических и поведенческих нарушений, профилактика у них постстрессовых расстройств на отдаленных этапах психотравмы и их своевременная и полноценная реабилитация и реинтеграция в общество. Этим вопросам посвящена статья омских психиатров.

Положительное влияние двигательной активности на широкий спектр психической патологии показано в ряде исследований, что обосновывает ее включение в виде лечебной физической культуры в комплексное сопровождение детей и подростков с психическими расстройствами. Это не встречает сопротивления родителей и самих пациентов, оказывает определенное положительное воздействие на физическое и психическое состояние, формирует определенное осознание контроля процесса лечения, способствует формированию терапевтического комплаенса.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа - это вид принудительной меры медицинского характера применяется в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, которые по своему психическому состоянию нуждаются в стационарном лечении и наблюдении, но не требуют интенсивного наблюдения. В представленной статье показана специфика сестринского наблюдения за пациентами, находящимися на принудительном лечении в отделении общего типа. завершает текущий выпуск журнала статья, которая раскрывает важный аспект ухода и наблюдения в психиатрическом стационаре, а именно агрессию психически больных и роль медицинских сестер в ее превенции.

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

Социальные вопросы психиатрии

УДК: 616.89

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

(по материалам общепсихиатрического отделения КПБ г.Омска)

С.И. Козлов, М.Г. Андреева, Л.А. Ерофеева, Р.О. Морозов,

Е.Г. Титова, Д.В. Четвериков

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

rgooreo@mail.ru

Аннотация

Уровень психического здоровья лиц призывного возраста отражает здоровье общества в целом. В исследовании проанализированы наиболее значимые социально-демографические характеристики обследуемых по призыву, поступивших в мужское общепсихиатрическое отделение за 2023 год. Полученные данные свидетельствуют о высоком участии социально-средовых факторов. Распределение по диагнозам было следующим: умственная отсталость (УО), - 40,9%, органические психические расстройства (ОПР), - 31,9% и расстройства личности (РЛ), - 23,8%. Наиболее значимыми факторами были для группы УО были полная семья (45%), алкоголизация родителей 35%, ранняя алкоголизация наравне с табакокурением. Различия выявлены в отношении раннего потребления ПАВ. В группе с органическими ПР алкоголизация (12,9%) преобладала над курением (51,6%), тогда как в группе РЛ, напротив, преобладала ранняя алкоголизация (50% к 4,5%). Результаты: установлена распространенность, структура и факторная обусловленность психических расстройств для основных диагностических категорий. Подтверждена актуальность профилактической социальной, образовательной работы с группами риска.

Ключевые слова: Психиатрическое освидетельствование призывников, социально-демографическая характеристика, социальное психическое здоровье.

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS OF MILITARY AGE (based on materials from the psychiatric department of the Omsk City Clinical Hospital)

S.I. Kozlov, M.G. Andreeva, L.A. Erofeeva, R.O. Morozov, E.G. Titova, D.V. Chetverikov

Abstract. The level of mental health of people of military age reflects the health of society as a whole. The study analyzed the most significant socio-demographic characteristics of conscripted subjects enrolled in the men's general psychiatric department in 2023. The data obtained indicate a high participation of socio-environmental factors. The distribution by diagnosis was as follows: mental retardation (MA), -40.9%, organic mental disorders (OPD), -31.9% and personality disorders (DD), -23.8%. The most significant factors for the group were a complete family (45%), alcoholism of parents (35%), early alcoholism along with smoking. The differences were revealed in relation to the early consumption of surfactants. In the group with organic drugs, alcoholism (12.9%) prevailed over smoking (51.6%), whereas in the RL group, on the contrary, early alcoholism prevailed (50% to 4.5%). Results: the prevalence, structure and factorial conditionality of mental disorders for the main diagnostic categories have been established. The relevance of preventive social and educational work with risk groups has been confirmed.

Keywords: pre military service medical examination, social-demographic factors.

Введение. Здоровье нации расценивается как главный стратегический ресурс экономики России (8). Качество психического здоровья мужчин призывного возраста является показателем, который отражает психическое здоровье нации, нуждается в регулярном анализе, о чем говорят отечественные (1,3,4,6,10) и зарубежные авторы (9,11,12). Он определяет такие важнейшие ее характеристики, как духовно-нравственный, экономический потенциал, обороноспособность, качество жизни (3). При этом, распространенность умственной отсталости, наряду с уровнем наркомании и самоубийств, свидетельствует о степени социального психического нездоровья (5). Наиболее значимыми причинами ее развития являются прием ПАВ, алкоголя, табакокурение (4), в том числе среди женской части популяции, увеличивая риск пороков развития, включая умственную отста-

лость. Не утратила своей актуальности цитата основоположника отечественной психиатрии В.М.Бехтерева, высказанная более века назад «Бедность и преступление, нервные и психические болезни, вырождение потомства — вот что делает алкоголь»(2). Полученные данные важны для актуализации сведений на уровне региона, и адресной профилактической работы с группами риска со стороны социальных служб, также полученный портрет потенциально психически нездорового призывника может быть использован специалистами для профессионального отбора. Кроме того, возможна разработка мероприятий социально-психологической реабилитации лиц, получающих ряд социальных и профориентационных ограничений в результате освидетельствования.

Цель исследования. Изучить клиническую и социально-демографическую характери-

стику призывников для актуализации данных с учетом региональных особенностей для оценки тенденций.

Задачи. 1. Исследовать распределение призывников в зависимости от диагностических категорий психических расстройств.

2. Оценить значимость социально-демографического фактора в зависимости от диагноза психического расстройства.

Гипотеза исследования. Социально-демографическая характеристика призывников сходна вне зависимости от региона.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе БУЗ Омской области «КПБ им. Н.Н. Солодников», в мужском психиатрическом комплексном отделении для лечения мужчин №17. Исследовательская выборка включала в себя 102 медицинские карты призывников, на-

правленных на освидетельствование военкоматами города Омска и Омской области, за период осеннего призыва 2023 года, мужского пола, медиана возраста составила $19 \pm 2,7$ лет.

Использовались клинико-катамнестический и статистический методы.

Статистическая обработка значений проводилась при помощи таблиц Microsoft Excel 2010. Для оценки распределения частот категориальных переменных применялись хи-квадрат и точный критерий Фишера и Уилкоксона Манна-Уитни.

Результаты исследования

Социально-демографическая характеристика обследованного контингента представлена в таблице 1.

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика призывников (n = 102)

Характеристика		Количество	
Возраст	18-19 лет	57	
	20-25 лет	35	
	26-30 лет	7	
	31-35 лет	2	
	>35 лет	1	
Место жительства	город	56	
	село	46	
Семья	полная	58	
	неполная	44	
	благополучная	74	
	неблагополучная	28	
	многодетная	25	
	не многодетная	77	
Наследственность	алкоголизм	отца	21
		отца и матери	4
		матери	2
	Суицид	10	
	Судимости у родных	1	
	эпилепсия	2	
	шизофрения	3	
образование	Неполное среднее	41	
	Среднее	24	
	Дублировали обучение в классе	9	
	Коррекционная школа	27	
Вредные привычки	Алкоголь	33	
	Табак	35	
ИДН		19	
Сопутствующие пороки беременности и родоразрешения		43	
Судимости		3	

Из данной таблицы видно, что обследованные - юноши преимущественно 18-19 лет (57), большая часть обследованных имеет неполное среднее образование (41), в основном проживают в городе (56), из благополучных (74), полных (58) семей. Обращает на себя внимание высокий уро-

вень сопутствующих нарушений беременности и родов (43).

Социально-демографическая характеристика обследуемых с умственной отсталостью представлена в таблице 2.

Таблица 2

Социально-демографическая характеристика обследуемых с умственной отсталостью
(n = 40)

Характеристика		Количество	
возраст	18 лет	27	
	19 лет	7	
	20 лет	3	
	26 лет	3	
Место жительства	город	10	
	село	30	
Семья	полная	18	
	неполная	22	
	благополучная	16	
	неблагополучная	24	
	многодетная	20	
	не многодетная	20	
Наследственность	Алкоголизм	отца	10
		отца и матери	3
		матери	1
	Суицид		4
	Судимости у родных		0
	Эпилепсия		0
	Шизофрения		0
Образование	неполное среднее	3	
	среднее	0	
	дублировали обучение в классе	9	
	Коррекционная школа	27	
Вредные привычки	Алкоголь	16	
	Табак	14	
ИДН		9	
Сопутствующие пороки беременности и родоразрешения		12	
Судимости		0	

Данные таблица показывают, что группа обследованных с умственной отсталостью представлена в основном юношами 18 лет (27) лет. В основном местом проживания является сельская местность (30). Чаще всего молодые люди - выходцы из неблагополучной семьи (24). Высок уровень отягощенной по алкоголизму наследственности, преимущественно алкоголизму отца (10). Отмечается низкий уровень образования, наибольшая часть приходится на кор-

рекционную школу (27).

Сводная социально-демографическая характеристика обследуемых по диагнозам представлена в таблице 3.

Таблица 4 демонстрирует наиболее значимые социально-демографические факторы в группе призывников с органическими психическими расстройствами.

Таблица 3

Социально-демографическая характеристика обследуемых по диагнозам

Характеристики		Группы психических расстройств										
		F7 (n = 40)		F0 (n = 31)		F6 (n = 22)		F2 (n = 5)		F3-F4 (n = 4)		
Место жительства	город	10	25 %	25	80,6 %	14	63,6 %	4	80 %	3	75 %	
	село	30	75 %	6	19,3 %	8	36,7 %	1	20 %	3	75 %	
Семья	полная	18	45 %	20	64,5 %	12	54,6 %	4	80 %	4	100%	
	неполная	22	55 %	11	35,5 %	10	45,5 %	1	20 %	0		
	благополучная	16	40 %	2	6,5 %	17	77,3 %	5	100 %	4	100 %	
	неблагополучная	24	60 %	1	3,2 %	5	22,8 %	0		0		
	многодетная	20	50 %	2	6,5 %	2	9,1 %	0		1	25 %	
	не многодетная	20	50 %	29	93,6 %	20	90,1 %	5	100 %	3	75 %	
наследственность	алкоголизм	отца	10	25 %	6	19,3 %	5	22,7 %	0		0	
		отца и матери	3	7,5 %	1	3,2 %	0		0		0	
		матери	1	2,5 %	1	3,2 %	0		0		0	
	Суицид		4	10 %	0		4	18,2 %	2	40 %	0	
	Судимости у родных		0		1	3,2 %	0		0		0	
	Эпилепсия		0		0		1	4,6 %	0		1	25 %
	Шизофрения		0		0		0		3	60 %	0	
	Образование	Неполное среднее		3	7,5 %	21	67,4%	12	54,6 %	3	60 %	2
Среднее		0		10	32,3 %	10	45,5 %	2	40 %	2	50 %	
Дублировали обучение в классе		9	22,5 %	0		0		0		0		
Коррекционная школа		27	67,5 %	0		0		0		0		
Вредные привычки	Алкоголь		16	40 %	4	12,9 0%	11	50 %	2	40 %	2	50 %
	Табак		14	35 %	16	51,6 %	1	4,6 %	0		0	
ИДН		9	22,5 %	3	9,7 %	7	31,8 %	0		0		
Патология беременности и родов		12	30 %	18	58,1 %	11	50 %	2	40 %	0		
Судимости		0		0		3	13,6%	0		0		

Таблица 4

Значимые факторы в группе органических расстройств (n = 31)

Социально-демографический фактор	Число призывников	
Проживают в городах	25	80,6%
Образование неполное среднее	21	67,7%
Патология беременности и родов	18	58,1%
Курение	16	51,6%
Группа F 06.7	13	41,9%
Группа F 06.8	10	32,3%
Образование среднее	10	32,3%
Группа F 07.00	6	19,4%
Употребление алкоголя	6	19,4%
ИДН	3	9,7%
Группа F 06.3	2	6,5%

Как показывают данные таблицы 4 призывники в данной группе имеют самый высокий уровень неполного среднего образования (67,7% – 9 человек), а также высокий уровень среднего образования в 10 классов СОШ (32,2%). Проживание в городе (80,7 %) в полной (64,5 %) благополучной (6,5 %) семье влияет на снижение потребления алкоголя (12,90%). Однако эти призывники чаще всех

потребляют табачную продукцию (51,61%). Низкий уровень употребления алкоголя снижает учет в группе ИДН (9,7 %). Органические расстройства выделяются самым высоким уровнем пороков беременности и родоразрешения (58 %).

Значимые факторы в группе расстройств личности представлены в таблице 5.

Таблица 5

Значимые факторы в группе расстройств личности (n = 22)

Социально-демографический фактор	Число призывников	
Сопутствующие пороки беременности и родоразрешения	11	50,0%
Употребление алкоголя	11	50,0%
Образование среднее	10	45,5%
Группа F 60.30	9	40,9%
ИДН	7	31,8%
Группа F 61.0.	5	22,7%
Суицидальное поведение родственников	4	18,2%
Группа F 60.6	3	13,6%
судимости	3	13,6%
Группа F 60.31	2	9,1%
Группа F 60.11	2	9,1%
Группа F 60.7	1	4,5%
Табакокурение	1	4,5%

В группе призывников с расстройствами личности имеют высокий (45,45%) уровень среднего образования в 10 классов СОШ. Наблюдается высокий уровень употребления алкоголя (50%). Эта единственная группа призывников, в которой присутствуют судимые ранее (13,64%). Все осуждены по ст. 158 за кражи разной степени, в том числе с проникновением в другое жилище. Осужденные

призывники чаще имеют эмоционально-неустойчивое импульсивное расстройство личности. Как самое часто встречающееся (40,91%) в своей группе, оно внесло свой вклад в формирование высокого уровня употребления алкоголя.

Значимые факторы в группе расстройств личности представлены в таблице 5.

Таблица 6

Значимые факторы в группе расстройств шизофренического спектра (n = 5)

Социально-демографический фактор	Число призывников	
Группа F 21.8	3	60%
Неполное среднее образование	3	60%
Наследственность, отягощенная шизофренией	3	60%
Сопутствующие пороки беременности и родоразрешения	2	40%
Табакокурение	2	40%
Среднее образование	2	40%
Суицидальное поведение родственников	2	40%
Группа F 25.11	1	20%
Группа F 20.014	1	20%

Данные, представленные в таблице 6 показывают, что среди нозологических форм у призывников, страдающих эндогенными психическими

заболеваниями, преобладает шизотипическое расстройство личности (F 21.8), что вполне объяснимо молодым возрастом обследованного контингента.

Данное состояние характеризуется чужаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, но характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются; нет какой-либо преобладающей или типичной для шизофрении симптоматики. Не исключено, что здесь мы сталкиваемся с дебютными формами заболеваниями, манифестация продуктивной симптоматики наступит позже. Иной вари-

ант динамики – пациенты попадают в поле зрения психиатра призывной комиссии, когда в психопатологической структуре превалирует негативная симптоматика, развивающаяся в исходе простой и / детской шизофрении.

Социально-демографические характеристики призывников, страдающими психическими расстройствами, квалифицированными в рубриках F3 и МКБ-10, представлены в таблице 7.

Таблица 6

Значимые факторы в группе расстройств невротического спектра (n = 4)

Социально-демографический фактор	Число призывников	
Алкоголь	2	50 %
Сигареты	2	50 %
Неполное среднее образование	2	50 %
Среднее образование	2	50 %
F 31.1	1	25 %
F 32.10	1	25 %
F 41.0	1	25 %
F 41.2	1	25 %
наследственность эпилепсия	1	25 %

В данной группе в благоприятных социально-бытовых условиях отмечается низкий уровень криминогенности 0% судимостей, отсутствует наблюдение в ИДН 0%. Поддерживается уровень образования, в 50% случаев имеется либо неполное среднее, либо полное среднее образование.

Выводы

1. Среди психических расстройств лиц призывного возраста наибольшее распространение имеет легкая умственная отсталость (УО), составляя - 40,9%, органические психические расстройства (ОПР), -31,9% и расстройства личности (РЛ), -23,8%.

2. Наиболее значимыми факторами были для группы УО были полная семья (45%), алкоголизация родителей 35%, ранняя алкоголизация наравне с табакокурением.

3. Различия выявлены в отношении раннего потребления ПАВ. В группе с органическими ПР алкоголизация (12,9%) преобладала над курением (51,6%), тогда как в группе РЛ, напротив, преобладала ранняя алкоголизация (50% к 4,5%).

4. В группах неорганических расстройств и расстройств личности значимым фактором являлись высокий уровень неполного среднего (67,74%) и полного среднего образования (32,26%) в случае с органическими расстройствами, и полное среднее (45,45%) среди обследованных с расстройствами личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрусенко, Е. В. Особенности экспертной оценки заикания у лиц, призываемых на военную службу / Е. В. Андрусенко, О. В. Курагина, А. А. Андрусенко // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы": Тезисы, Казань, 23–26 сентября 2015 года / Ответственный редактор Незнанов Н.Г.. – Казань: ООО «Альта Астра», 2015. – С. 999. – EDN XGKPIH.
2. Бехтерев, В.М. Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием : [Речь, сказ. при открытии Эксперим.-клинич. ин-та по изучению алкоголизма при Психонейрол. ин-те 6/V 1912 г.] / Акад. В.М. Бехтерев. - Санкт-Петербург : тип. "Я. Трей", 1912. - 28 с.; 21
3. Гинцберг Э., Андерсон Д.К. и др. Почему необходимо изучать неэффективного солдата // Современная буржуазная военная психология / под ред. А.В. Барабанщикова и Н.Ф. Феденко. М.: Воениздат, 1964.
4. Говорин Н.В. Психическое здоровье призывного контингента / Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Кичигина И.В.– Чита: Экспресс-издательство, 2011.– 204 с. ISBN 978-5-9566-0285-0.
5. Дмитриева, Т.Б. Социальный стресс и психическое здоровье / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий. - М., 2001. - 248 с
6. Клинова М.А. Невротические и аддиктивные расстройства у призывников при обследовании в психиатрическом стационаре / М. А. Клинова, А. В. Сахаров, Е. А. Аксенова [и др.] // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях : Материалы всероссийской научно-практической конференции "I Кандинского чтения", посвященной 170-летию со дня рождения В.Х. Кандинского, Чита, 06–07 июня 2019 года. – Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2019. – С. 66-69. – EDN XDELHK.

7. Мелик-Пашаян, А.Э. Комплексное обследование призывников при военно-психиатрической экспертизе / А. Э. Мелик-Пашаян // Независимый психиатрический журнал. – 2009. – № 1. – С. 80-82. – EDN KALZDF.

8. Новгородова А.В. Здоровье нации - главный стратегический ресурс экономики России. Использование показателя Daly для оценки здоровья населения России // ЭТАП. 2015. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdorovie-natsii-glavnyy-strategicheskiy-resurs-ekonomiki-rossii-ispolzovanie-pokazatelya-daly-dlya-otsenki-zdorovya-naseleniya-rossii> (дата обращения: 05.12.2023).

9. Оберемко, О.А. Из истории зарубежных психиатрических и психологических обследований призывников и военнослужащих / О. А. Оберемко // Человек. Сообщество.

Управление. – 2008. – № 4. – С. 116-131. – EDN QAFUQR.

10. Палатов С.Ю. Психические расстройства у призывников и солдат (клинико-эпидемиологическое исследование) // Жур. невр. и псих. С. С. Корсакова, 1999, № 8, с. 16 - 20. EDN: SWUDAB

11. Nelson P.D. Biographical Constructs As Predictors of Adjustment to Organizational Environment // The Social Psychology of Military Service / ed. by N.L. Goldman and D.R. Segal. Beverly Hills; L.: Sage, 1976.

12. Plag J. , Goffman J.M. The Prediction of Four-Years Military Effectiveness from Characteristics of Naval Recruits // Military Medicine. 1966. Vol. 131, № 8.



Клиническая психиатрия

УДК: 616.89

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Е.Н. Иванченко, Е.В. Спизарский, Е.Г. Вячеславова

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

pontiac@list.ru

Аннотация

Военные конфликты и чрезвычайные ситуации, постоянно возникающие в мире, приносят только страдания, боль, множество искалеченных жизней. Аварии, стихийные бедствия и война не проходят для человека бесследно. Массивное отрицательное влияние на психику множественных психотравмирующих факторов приводит к тому, что долгосрочные последствия могут оказаться более разрушительными, чем моментальные. В связи с этим, приобретает очень важное значение максимально раннее выявление у пострадавших психических и поведенческих нарушений, профилактика у них пост-стрессовых расстройств на отдаленных этапах психотравмы и их своевременная и полноценная реабилитация и реинтеграция в общество.

Ключевые слова: Посттравматическое стрессовое расстройство.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN MODERN CONDITIONS

E.N. Ivanchenko, E.V. Spizharsky, E.G. Vyacheslavova

Abstract. Military conflicts and emergencies that constantly arise in the world bring only suffering, pain, and many crippled lives. Accidents, natural disasters and war do not pass without a trace for people. The massive negative impact of multiple traumatic factors on the psyche leads to the fact that long-term consequences can be more destructive than immediate ones. In this regard, the earliest possible identification of mental and behavioral disorders in victims, the prevention of post-stress disorders in them at distant stages of psychotrauma and their timely and complete rehabilitation and reintegration into society becomes very important.

Keywords: Post-traumatic stress disorder.

На протяжении всей истории, человечество ведет нескончаемые большие и малые войны. Вооруженные конфликты по сей день остаются постоянной угрозой современному обществу, и помимо многочисленных жертв и материального ущерба для участвующих в нем сторон, приводит к увеличению количества беженцев, к распространению болезней, к расширению базы мирового терроризма, губительно воздействует на природу и, наконец, приводит к неизбежному нарушению прав человека. Помимо экономических и социальных последствий, участники боевых действий, очевидцы сложившейся сложной обстановки (аварии, пожары, взрывы и т.д.) сталкиваются с самыми разнообразными проблемами, связанными с психическим (ментальным) здоровьем.

События последних 3 лет в истории России чрезвычайно повысили востребованность практической психологии и психотерапии. У многих из тех, кто пережил боевые действия, возникает посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). С ним сталкиваются и военные, и мирные жители. Это психическое расстройство проявляется в том, что человек снова и снова переживает травмирующее событие очень ярко — так, будто оно происходит прямо сейчас.

Это тяжелое стрессовое расстройство проявляется следующими симптомами:

Повторное переживание симптомов

- Воспоминания. Неприятные воспоминания о событии, также известные как навязчивые мысли, вызывают чувство смятения и беспокойства.
 - Сны – тревожные сны или кошмары, связанные с событием
 - Диссоциативные реакции – ощущение или действие, как будто травмирующее событие происходит снова (известны как флэш беки). В экстремальных ситуациях вы можете не осознавать, что происходит вокруг вас.
 - Физический и психологический дистресс – ощущение сильного стресса и физического возбуждения (например, учащенное дыхание, учащенный пульс) при обстоятельствах, как-либо напоминающих вам о событии.
- Симптомы избегания
- Диссоциативная амнезия – неспособность вспомнить детали травмирующего события.
 - Отстраненность – ощущение отчужденности или отсутствие чувства близости с людьми, с которыми вы раньше были близки.
 - Избегание разговоров и мыслей о слу-

чившемся. Нежелание говорить или думать о травмирующем событии (событиях).

- Избегание ассоциаций – избегание воспоминаний, мыслей, чувств, вещей, людей и мест, связанных с травмирующим событием. Это может включать в себя избегание телевидения или других средств массовой информации которые освещают событие, особенно если это вызывает у вас беспокойство.

Симптомы настроения

- Негативные убеждения и ожидания – негативные мысли о себе, других людях или окружающем мире.

- Обвинение – обвинение себя или других людей в произошедшем травмирующем событии или его последствиях.

- Отрицательные эмоции – постоянное чувство страха, ужаса, гнева, вины или стыда.

- Потеря интереса к деятельности – отказ от участия в занятиях или утрата интереса к вещам, которыми вы регулярно занимались или которые раньше приносили вам удовольствие.

- Неспособность чувствовать положительные эмоции – неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь.

Симптомы настороженности и реактивности

- Сверхбдительность – чрезмерная осведомленность о том, что происходит вокруг вас, неспособность расслабиться.

- Легковозбудимость и дрожь – чрезмерная реакция на шумы или движения, которые напоминают вам о травмирующем событии.

- Трудности с концентрацией внимания – Вам трудно сосредоточиться на задачах, на которых вы могли сосредоточиться раньше.

- Проблемы со сном – Трудности с засыпанием и сном. Ваш сон может быть поверхностным, могут сниться кошмары.

- Раздражительность – Вспышки словесной или физической агрессии по отношению к людям или вещам. Эти вспышки могут быть вызваны переживанием чего-то, напоминающего вам о травмирующем событии.

- Неосторожность – Стремление к занятиям опасными или саморазрушительными вещами.

ПТСР можно разделить по типу доминирующих симптомов.

Тревожный тип характеризуется симптомами тревоги, раздражительностью, внутренней напряжённостью, навязчивыми тревожными мыслями по поводу травмирующей ситуации и своего состояния, расстройствами сна (трудности при засыпании). Пациент часто боится кошмаров на тему травмы и по этой причине намеренно отодвигает наступление сна. В вечерне-ночное время могут возникать ощущения нехватки воздуха, сердцебиение, потливость, озноб или приливы жара. Такие больные стремятся к общению и какой-либо целенаправленной деятельности, поскольку получают облегчение от

активности.

Астенический тип характеризуется пассивностью, безразличием к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушием к окружающим людям и к профессиональной деятельности. Характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В отличие от тревожного типа, в данных случаях воспоминания о травмирующем событии лишены яркости, детальности и эмоциональной окрашенности. Может иметь место обидчивость и раздражительность. Отмечается гиперсомния с невозможностью подняться с постели, мучительной сонливостью (иногда в течение всего дня).

Дисфорический тип характеризуется постоянным присутствием недовольства, раздражения (вплоть до вспышек ярости) на фоне угнетенно-мрачного настроения. В воображении доминируют образы наказания обидчиков и сцены агрессии с собственным участием в роли агрессора. Часто больные не способны контролировать себя и впоследствии сожалеют о своих агрессивных реакциях. Иногда это вынуждает их сводить к минимуму свои контакты с окружающими. Внешне больные выглядят мрачными, их поведение отличается отгороженностью, замкнутостью, малословностью. Обычно они не обращаются за помощью и попадают в поле зрения специалистов из-за поведенческих расстройств, на которые обращает внимание их окружение.

Соматоформный тип отличается обилием соматоформных расстройств, при этом неприятные ощущения локализуются главным образом в области сердца (54%), желудочно-кишечного тракта (36%) и головы (20%), что сочетается с психовегетативными пароксизмами. Часто встречается избегающее поведение на фоне панических атак. Больного беспокоят в первую очередь неприятные телесные ощущения. Появляется тревожное ожидание возникновения симптомов. Эта тревога может быть более сильной, чем страх по поводу пережитого травмирующего события.

Истерический тип проявляется в форме демонстративного поведения, стремления привлечь к себе внимание, повышенной внушаемости и самовнушаемости.

Посттравматическое стрессовое расстройство приводит к осложнениям, которые могут проявляться как у самого человека, так и у окружающих его людей. Прежде всего это различные психологические и психические расстройства: панические атаки, депрессия, генерализованное тревожное расстройство, суицидальные наклонности, социальная изоляция и различные неврологические нарушения, связанные с неправильной работой нервной системы. Возможны и другие последствия: избегание общения с близкими, а также развитие зависимостей. Например, алкоголизма: в злоупотреблении

спиртными напитками пострадавшие ищут спасения и способа забыть. Опьянение может приглушать эмоции и тяжёлые воспоминания, помогает расслабиться, но очень пагубно влияет на физическое здоровье: обмен веществ, внутренние органы, головной мозг.

Военные конфликты и чрезвычайные ситуации, постоянно возникающие в мире, приносят только страдания, боль, множество искалеченных жизней. Аварии, стихийные бедствия и война не проходят для человека бесследно. Массивное отрицательное влияние на психику множественных психотравмирующих факторов приводит к тому, что долгосрочные последствия могут оказаться более разрушительными, чем моментальные. В связи с этим, приобретает очень важное значение максимально раннее выявление у пострадавших психических и поведенческих нарушений, профилактика

у них постстрессовых расстройств на отдаленных этапах психотравмы и их своевременная и полноценная реабилитация и реинтеграция в общество.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Посттравматическое стрессовое расстройство : клинические рекомендации / Минздрав РФ. 2023.
2. Бонкало Т. И. Посттравматическое стрессовое расстройство : дайджест. М., 2023.
3. Васильева А. В., Караваева Т. А., Лукошкина Е. П., Радионов Д. С. Основные подходы к диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства // Обзрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2022. № 56(4).
4. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога. М., 2005.



Психотерапия и реабилитация

УДК: 616.89

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСНОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н.В. Александрова^{1,2}, Н. Г. Денисова², Ю. Д. Рубцова²¹ ФГАОУ ВО «Омский государственный университет им. Ф. М. Достоевского»² Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

natalie_v_al@inbox.ru

Аннотация

В статье раскрывается проблема достижения терапевтического комплаенса в части применения психофармакотерапии и нереалистичные ожидания от психотерапии в лечении психических расстройств у детей и подростков. Приводится использование физической культуры как фактор повышения эффективности, приобретения контроля семьей пациента в процессе лечения. Рассмотрены исследования эффективности влияния разных видов физической культуры в лечении психических расстройств, повышении стрессоустойчивости, оптимизации когнитивных функций.

Ключевые слова: Физическая культура в детской психиатрии, физическая реабилитация в детской психиатрии, психические расстройства у детей и подростков, комплексное сопровождение в детской психиатрии.

PHYSICAL EDUCATION IN COMPREHENSIVE SUPPORT FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

N.V. Alexandrova, N.G. Denisova, Yu.D. Rubtsova

Abstract. The article reveals the problem of achieving therapeutic compliance in terms of the use of psychopharmacotherapy and unrealistic expectations from psychotherapy in the treatment of mental disorders in children and adolescents. The use of physical education is presented as a factor in increasing efficiency and gaining control by the patient's family during the treatment process. Research on the effectiveness of the influence of different types of physical culture in the treatment of mental disorders, increasing stress resistance, and optimizing cognitive functions is considered.

Keywords: Physical education in child psychiatry, physical rehabilitation in child psychiatry, mental disorders in children and adolescents, comprehensive support in child psychiatry.

Комплексное влияние на целостный организм оздоровительной и лечебной физической культуры [4] доказано как многочисленными практическими наблюдениями, так и в научных исследованиях.

В то время, как положительное воздействие физических упражнений на соматическое звено бесспорно и не нуждается в обосновании, воздействие на психическую сферу как общеоздоровительного, так и лечебного плана пока не является принятым в кругах профильных специалистов.

Основными направлениями, которые используются в настоящее время в лечении психических расстройств детей и подростков являются биологическое – психофармакотерапия и психологическое – психотерапия [11].

Эффективность этих методов достаточно высока. Однако в нашей практической деятельности в лечении детей и подростков приходится сталкиваться со следующими проблемами. Отношение законных представителей наших маленьких пациентов и подростков, которые сами по закону принимают решение относительно того, как им лечиться, к медикаментозному лечению неоднозначно. Публикации в СМИ о периодах злоупотребления психиатрией в

послереволюционный период, искаженные мнения о вреде психотропных препаратов, вызывают опасения и часто отказ от их приема. И, если в случаях тяжелых психических расстройств, по поводу которых проводится стационарное лечение, резоны использования препаратов все-таки возобладают, амбулаторные варианты с невыраженным течением нередко сопровождаются отказом от лечения с соответствующими исходами.

Отношение к психотерапии более лояльно, но сопровождается другими крайностями. Опять же в силу образцов, которые преподносятся в кинофильмах, у многих родителей и подростках сложилось магическое представление. Что психотерапия – это волшебное действие, которое быстро устранит проблемы и в желаемую для родителей сторону изменит характер и поведение ребенка. И при столкновении с обозначением реальных возможностей метода, необходимостью приложить собственные усилия, меняться самим, возможностями обострения, необходимостью определенной продолжительности курса и последующей поддержки многие выражают разочарование и отказываются от ее применения.

Физическая реабилитация — немедикаментозный, естественно-биологический метод, составная часть медицинской реабилитации [7]. Влияние регулярных физических тренировок на психическое благополучие доказано в исследованиях многих авторов [8]

В ряде случаев предложение использовать в качестве лечебного средства лечебную физкультуру в дополнение к психофармако- и психотерапии вызывает положительную реакцию родителей и самих пациентов. Таким образом они получают инструмент, который нужно использовать самостоятельно и регулярно, появляется ответственность. И, самое главное, неизбежное улучшение физического, а за ним и психического состояния формирует доверие к врачу, веру в положительный результат терапевтической комплаенс – активное сотрудничество с врачом в процессе лечения.

Поскольку все назначения и рекомендации должны быть научно обоснованными, кроме издревле известного утверждения: «В здоровом теле – здоровый дух!», нами были проанализированы результаты исследований, в которых изучалось влияние различных видов физической активности в целом и лечебной физкультуры в частности на психическое состояние подрастающего поколения и эффективность лечения психических расстройств.

Теоретическим обоснованием саногенного влияния двигательной активности является механизм действия миокинов - специфических белков, вырабатываемых скелетными мышцами, способными оказывать значительное влияние на состояние многих органов и систем [4].

В исследовании Питкина В. А. [12] изучалась связь между физической культурой и психическим здоровьем человека. Автором проводилось онлайн анкетирование, в ходе которого участники опроса отвечали на вопросы о своей физической активности, психическом состоянии и влиянии физической культуры на их здоровье. Результаты показали, что регулярная физическая активность имеет положительное воздействие на психическое состояние человека. Исследование подтвердило важность физической активности для психического здоровья.

Шевцов С. А. [13] проводил амбулаторное восстановительное лечение (психотерапию и гимнастику) с акцентом на обучение и профилактику гипотимических симптомов у школьников с диагнозами: нарушение адаптации, кратковременная депрессивная реакция, пролонгированная депрессивная реакция, легкий депрессивный эпизод без соматических симптомов и с соматическими симптомами. С помощью психометрической шкалы HDRS-21, опросников Цунга и CDI (Children's depression inventory) было выявлено и оценено в динамике терапии депрессивное расстройство непсихотического уровня у 65 детей и подростков. Краткосрочная интегративная психотерапия

изучаемому контингенту использовалась в формате методов аутогенной тренировки, суггестивной и когнитивно-поведенческой терапии. Лечебная физкультура применялась в виде интегративной гимнастики и дыхательных упражнений психотропного действия. Была выявлена достоверно более высокая эффективность сочетания данных методов по сравнению с изолированным применением только лечебной физкультуры при аффективных расстройствах пограничного уровня у лиц детско-подросткового возраста.

Исследованиями Еременко С. Н. с соавт. [6] путем теоретического анализа показано, что применение средств адаптивной физической культуры и спорта является эффективным, а в ряде случаев единственным методом физической реабилитации и социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья. Поскольку нарушения развития не могут быть восстановлены в достаточной мере, и задачей сопровождающих представителей этой адресной группы специалистов является улучшение качества социального функционирования доступными средствами.

Даулбековым с соавт. [5] представлен анализ 20 случаев клинических форм логоневроза у пациентов разного возраста от 14 до 25 лет. Лечение проводилось поэтапно. Первый этап диагностический, где изучались анамнестические, клинические данные. Второй этап активная психотерапия, мероприятия, направленные на стабилизацию эмоционального состояния пациента, перестройка патологических речевых навыков, коррекция личностных нарушений. Третий этап поддерживающая психотерапия, но предполагает и общеукрепляющие мероприятия: физиолечение, лечебная физкультура, посещение бассейна. Комплексное применение современных методов психотерапии дает более высокую клиническую эффективность при лечении больных логоневрозом, в сравнении с контрольной группой (20 пациентов).

Хотя студенты формально являются представителями здоровой популяции, их образ жизни, в котором обилие стрессовых ситуаций и интеллектуальных перегрузок сочетается с малоподвижностью [11]. Савельевой с соавт. выявлено, что наиболее эффективным средством повышения функциональной устойчивости к физическим и психоэмоциональным нагрузкам в учебном процессе являются спортивные игры, которые не только повышают развитие физических качеств, но и положительно влияют на интеллектуальное и эмоциональное состояние.

Не нуждается в аргументации факт, что стрессовые воздействия могут быть этиопатогенетическим фактором расстройств психики как у здоровых детей, так и у имеющих психические расстройства в стадии ремиссии. В исследовании Булычевой Е. В., Сетко И.А. определено достоверное снижение уровня тревожности и

негативных эмоциональных переживаний в учебной деятельности у спортсменов по сравнению с данными подростков-неспортсменов, тогда как в повседневной деятельности эти показатели практически не отличались у подростков исследуемых групп. Об эффективном потенциале процесса адаптации к стрессовым ситуациям у подростков свидетельствовали полученные данные о снижении уровня стресса в 1,4 раза и повышения уровня стрессоустойчивости в 1,5 раза относительно данных подростков-неспортсменов. Организованная спортивная деятельность подростков играет важную роль в формировании предикторов стресса и его последствий, таких как уровень тревожности, негативные эмоциональные переживания и стрессоустойчивость [3].

Бубновой М.А., Крючковым О.Н. [2] доказано, что добавление к стандартной медикаментозной терапии физических методов реабилитации способствует снижению жалоб на головную боль ($p=0,034$), головокружение ($p=0,041$), одышку ($p=0,004$), сердцебиение ($p=0,029$), общую слабость ($p=0,003$), шум в голове и звон в ушах ($p=0,018$) и нормализации сна ($p=0,010$). В группе пациентов, систематически занимающихся физическими упражнениями, наблюдалось более быстрое восстановление как физических, так и психических составляющих качества жизни ($p<0,001$ для шкал «физическое функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «интенсивность боли», «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «психическое здоровье», физического и психического компонентов здоровья в целом и $p=0,001$ для шкалы «социальное функционирование»), уменьшение частоты депрессивных расстройств ($p=0,025$).

Кроме влияния на эмоциональное состояние и стрессовую устойчивость известно положительное воздействие физической активности на когнитивные функции [10]. В статье Малозёмова О.Ю. с соавт. представлены результаты экспериментальных исследований, показывающих зависимость состояния головного мозга, а также динамику умственной активности при воздействии на человека различных видов физических нагрузок. Эти положения обосновывают эффективное направление восстановительной работы с детьми, имеющими нарушения познавательных функций – нейропсихологическую коррекцию.

Таким образом, положительное влияние двигательной активности на широкий спектр психической патологии показано в ряде исследований, что обосновывает ее включение в виде лечебной физической культуры в комплексное сопровождение детей и подростков с психическими расстройствами. Это не встречает сопротивления родителей и самих пациентов,

оказывает определенное положительное воздействие на физическое и психическое состояние, формирует определенное осознание контроля процесса лечения, способствует формированию терапевтического комплаенса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрусенко, Е. В. Особенности экспертной оценки заикания у лиц, призываемых на военную службу / Е. В. Андрусенко, О. В. Курагина, А. А. Андрусенко // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы": Тезисы, Казань, 23–26 сентября 2015 года / Ответственный редактор Незнанов Н.Г. – Казань: ООО «Альта Астра», 2015. – С. 999. – EDN XGKPIH.
2. Бехтерев, В.М. Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием: [Речь, сказ. при открытии Эксперим.-клинич. ин-та по изучению алкоголизма при Психонейрол. ин-те 6/V 1912 г.] / Акад. В.М. Бехтерев. - Санкт-Петербург: тип. "Я. Трей", 1912. - 28 с.; 21
3. Гинцберг Э., Андерсон Д.К. и др. Почему необходимо изучать неэффективного солдата // Современная буржуазная военная психология / под ред. А.В. Барабанщикова и Н.Ф. Феденко. М.: Воениздат, 1964.
4. Говорин Н.В. Психическое здоровье призывного контингента / Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Кичигина И.В. – Чита: Экспресс-издательство, 2011. – 204 с. ISBN 978-5-9566-0285-0.
5. Дмитриева, Т.Б. Социальный стресс и психическое здоровье / Т.Б. Дмитриева, - М., 2001. - 248 с
6. Клинова М.А. Невротические и аддиктивные расстройства у призывников при обследовании в психиатрическом стационаре / М. А. Клинова, А. В. Сахаров, Е. А. Аксенова [и др.] // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: Материалы всероссийской научно-практической конференции "I Кандинские чтения", посвященной 170-летию со дня рождения В.Х. Кандинского, Чита, 06–07 июня 2019 года. – Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2019. – С. 66-69. – EDN XDELHK.
7. Мелик-Пашаян, А.Э. Комплексное обследование призывников при военно-психиатрической экспертизе / А. Э. Мелик-Пашаян // Независимый психиатрический журнал. – 2009. – № 1. – С. 80-82. – EDN KALZDF.
8. Новгородова А.В. Здоровье нации - главный стратегический ресурс экономики России. Использование показателя Daly для оценки здоровья населения России // ЭТАП. 2015. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdorovie-natsii-glavnyy-strategicheskiy-resurs-ekonomiki-rossii-ispolzovanie-pokazatelya-daly-dlya-otsenki-zdorovya-naseleniya-rossii> (дата обращения: 05.12.2023).
9. Оберемко, О.А. Из истории зарубежных психиатрических и психологических обследований призывников и военнослужащих / О. А. Оберемко // Человек. Сообщество. Управление. – 2008. – № 4. – С. 116-131. – EDN QAFUQR.
10. Палатов С.Ю. Психические расстройства у призывников и солдат (клинико-эпидемиологическое исследование). // Жур. невр. и псих. С. С. Корсакова, 1999, № 8, с. 16-20. EDN: SWUDAB
11. Nelson P.D. Biographical Constructs As Predictors of Adjustment to Organizational Environment // The Social Psychology of Military Service / ed. by N.L. Goldman and D.R. Segal. Beverly Hills; L.: Sage, 1976.
12. Plag J., Goffman J.M. The Prediction of Four-Years Military Effectiveness from Characteristics of Naval Recruits // Military Medicine. 1966. Vol. 131, № 8.

Сестринское дело в психиатрии

УДК: 616.89

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ОТДЕЛЕНИИ ОБЩЕГО ТИПА

О.В. Егорова, И.А. Бичева, Е.В. Шаханина

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

egorovaolga83@yandex.ru

Аннотация

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа - это вид принудительной меры медицинского характера применяется в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, которые по своему психическому состоянию нуждаются в стационарном лечении и наблюдении, но не требуют интенсивного наблюдения. В статье показана специфика сестринского наблюдения за пациентами, находящимися на принудительном лечении в отделении общего типа.

Ключевые слова: Принудительное лечение, ограничительные меры.

FEATURES OF NURSING CARE AND OBSERVATION CARE OF PATIENTS UNDER COMPULSORY TREATMENT IN A GENERAL DEPARTMENT

O.V. Egorova, I.A. Bicheva, E.V. Shakhaniina

Abstract. Compulsory treatment in a general psychiatric hospital is a type of compulsory medical measure applied to persons who have committed socially dangerous acts, who, due to their mental state, require inpatient treatment and observation, but do not require intensive supervision. The article shows the specifics of nursing supervision of patients undergoing compulsory treatment in a general department.

Keywords: Compulsory treatment, restrictive measures.

В мировой истории известны различные методы к обращению с душевнобольными опасными для общества. Так в Древнем Риме таких больных помещали в темницы, а в период Средних веков рассматривали, как одержимых дьяволом. Вследствие этого к больным применялись крайне жестокие меры, вплоть до сожжения на костре. Даже с появлением психиатрических больниц в XV—XVI в., обращение с находящимися там пациентами было крайне жестоким. Во многих странах вплоть до XIX века и здоровые, и душевнобольные преступники содержались в тюрьмах вместе. Специализированные учреждения, в которые помещались совершившие общественно опасные деяния лица, страдающие психическими расстройствами, стали появляться только в XIX веке.

В современном мире принудительные меры медицинского характера предусмотрены законодательством большинства стран мира. В настоящее время в Российской Федерации в случае госпитализация в психиатрическое учреждение, применяющее принудительные меры медицинского характера, проводится по решению суда. Порядок применения таких мер воздействия определяется разделом У1 Уголовного кодекса Российской Федерации, Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации, Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации, иными законодательными актами. Принудительные меры медицинского характера

назначаются судом. Перечень мер установлен в статье 97 Уголовного кодекса Российской Федерации:

1. совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части Уголовного кодекса, в состоянии невменяемости;
2. у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;
3. совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;
4. совершившим преступление и признанными нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа - это вид принудительной меры медицинского характера применяется в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, которые по своему психическому состоянию нуждаются в стационарном лечении и наблюдении, но не требуют интенсивного наблюдения.

Есть различия между психиатрическим стационаром общего типа и психиатрическим стационаром специализированного типа, в котором осуществляются принудительные меры медицинского характера. Различие между этими видами психиатрических стационаров в том, что лица, направляемые на принудительное лечение

в стационары первого типа, содержатся в них вместе с пациентами, поступившими туда на общих основаниях, и составляют их незначительную часть. В психиатрических стационарах специализированного типа содержатся только пациенты, поступившие для применения к ним принудительных мер медицинского характера.

Общепсихиатрическое отделение №2 является структурным подразделением БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» и предназначено для оказания специализированной медицинской помощи лицам, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения. Отделение принимает всех нуждающихся в стационарной помощи пациентов, нуждающихся по своему психическому состоянию в неотложной госпитализации и обязательном лечении.

В своей деятельности отделение руководствуется: законами Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами по вопросам здравоохранения, в.ч. Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; Правилами внутреннего трудового распорядка, Положением; соответствующими должностными инструкциями.

Основными задачами являются: оказание специализированной лечебной, диагностической, психологической, социально-восстановительной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, находящимися на принудительном лечении в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядком оказания медицинской помощи, проведение сестринского ухода в условиях стационара.

Основанием для приема и содержания психически больного, в отделении для принудительного лечения общего типа, является постановление суда о применении к нему принудительного лечения в отделении общего типа.

При поступлении пациента в стационар медицинская сестра палатная проводит идентификацию пациента с медицинской документацией (история болезни, листком врачебных назначений); проводит осмотр личных вещей на наличие посторонних предметов, принимает при обнаружении, сдает по описи в приемное отделение, вещевой склад (согласно приказу главного врача «О порядке приема, хранения и выдачи вещей, денег, документов, денежных документов и ценностей, принадлежащих пациентам»); оценивает психическое состояние пациента. Проводит объективное обследование: осмотр кожных покровов, видимых слизистых, в том числе на наличие повреждений, проводит осмотр на все виды педикулеза и чесотку (с применением средств индивидуальной защиты). Знакомит пациента с лечебно-охранительным режимом, внутренним устройством отделения. Проводит беседы с пациентом, описывая его состояние согласно алгоритму заполнения десятидневного листа наблюдения. Определяет палату и койко-места согласно режиму наблюдения. Выполняет вра-

чебные назначения, заполняет медицинскую документацию. Ознакомливает родственников и сопровождающих пациента находящегося на принудительном лечении с режимом работы отделения, правилами внутреннего распорядка.

Уход за психически больными, находящимися на принудительном лечении труден и своеобразен из-за не критичного отношения к своему психическому состоянию, возможному неадекватному поведению, социальной дезадаптацией и утратой социальных контактов. От персонала требуется выдержка и терпение. Внимательное и бдительное отношение к выполнению своих обязанностей. При работе необходимо сохранять психологическую стабильность, уметь контролировать свои эмоции. При беседе с пациентом медицинская сестра палатная должна находиться от пациента на безопасном расстоянии, а при необходимости выхода из кабинета не оставлять его без присмотра, не следует поворачиваться к ним спиной на близкой дистанции. Общаться необходимо профессионально, отвечать вежливо, обращаться к пациенту по имени и не повышать голос.

Дежурная медицинская сестра должна четко организовывать и контролировать всю логистику в отделении. Пациенты, находящиеся на принудительном лечении должны быть под особым наблюдением и контролем. Не допускается самостоятельный выход пациента из отделения, пациент сопровождается медицинским персоналом на все виды исследований и различные мероприятия связанные с больным. Медицинская сестра из смены в смену делает отметку в суточном дневнике, где указывает фамилию, имя, отчество всех пациентов находящихся на принудительном лечении, а также их количество. Любое изменение состояния пациента так же фиксируются в суточном дневнике, Благодаря этому, медицинская сестра заступающая на смену четко знает и ориентируется в данной группе больных. В течении рабочей смены медицинская сестра наблюдает, оценивает состояние больного и в случае изменения состояния незамедлительно докладывает лечащему или дежурному врачу, а также делает запись в журнале «Изменения состояний».

Пациенты, находящиеся на принудительном лечении, так же как и другие пациенты соблюдают лечебно-охранительный режим в отделении, который регламентирован внутренним приказом ЛПУ. В данном приказе описываются:

- порядок госпитализации и выписки;
- права и обязанности пациента;
- распорядок дня;
- распорядок посещения пациента родственниками и знакомыми, бесед родственников с лечащим врачом и заведующим отделением;
- распорядок приема передач и перечень разрешенных и запрещенных продуктов.

Лечебно-охранительный режим предусматривает создания благоприятных условий для

эффективного лечения, благоприятной психологической обстановки и обеспечения рационального ухода за больными находящимися на принудительном лечении.

Права пациента находящегося на принудительном лечении могут быть ограничены (по рекомендации лечащего врача, заведующего отделением или главного врача при изменении психического состояния пациента) в интересах здоровья или безопасности других лиц:

- вести переписку без цензуры, за исключением жалоб и заявлений в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, адвокату;
- получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;
- пользоваться телефоном;
- принимать посетителей;
- иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться своей одеждой.

Свидания с родственниками проводятся в специально оборудованном помещении, исключая побег, в присутствии медицинского персонала. Время посещения больных родственниками и знакомыми и приема передач регламентируется правилами внутреннего распорядка, утверждаемые главным врачом. После посещения свиданий медицинская сестра осматривает пациента на наличие посторонних предметов. Запрещенными предметами являются предметы, которые могут быть использованы лицами, находящимися на принудительном лечении, для совершения насильственных действий в отношении других лиц, самоубийства, членовредительства, одурманивания, а также создавать угрозу жизни и здоровью медицинскому персоналу.

Пациенты, находящиеся на принудительном лечении при наличии медицинских показаний направляются на консультацию к врачам-специалистам, проводятся все виды обследования, оформляются документы на медико-социальную экспертизу. При прохождении принудительного лечения все пациенты передаются под активное диспансерное наблюдение.

Реабилитационные мероприятия для данной группы пациентов обсуждаются на совете полипрофессиональной бригады для получения наиболее полной информации об уровне социального функционирования и качества жизни, выявляются наиболее уязвимые стороны, определяется степень выраженности когнитивных и эмоционально-волевых нарушений, уровень реабилитационного потенциала.

Проводится индивидуальная работа с пациентами, направленная на формирование критического отношения к болезни, выработку установки на здоровый образ жизни и умения избегать криминогенных ситуаций, что способствует к снижению риска совершения повторного правонарушения.

В отделении созданы комфортные условия,

уютная атмосфера, работает кабинет психосоциальной реабилитации, есть условия для проведения групповых занятий, просмотра телепередач, имеется библиотека. Создан совет самоуправления, ведётся график дежурств в каждой палате. Большое внимание уделяется привлечению пациентов к трудотерапии внутри отделения. С целью социальной реабилитации адаптации пациентов, медицинскими сёстрами отделения проводятся групповые занятия по следующим модулям: «Правильный приём лекарственных препаратов», «Здоровый образ жизни», «Правила личной гигиены». Досуговые мероприятия проводятся с целью создания благоприятного психологического климата, увеличения дневной занятости, что формирует комплаентные отношения с медицинским персоналом и способствует закреплению навыков общения. Отделением реабилитации проводятся тематические театрализованные мероприятия по праздникам. При необходимости оказывается инструментальная поддержка пациентов находящихся на принудительном лечении (восстановление СНИЛСа, паспорта и т.д.).

Медицинскими сестрами в отделении проводится санитарно-просветительная работа с пациентами находящимися на принудительном лечении, в задачи которого входит:

- распространение медицинских и гигиенических знаний;
- воспитание санитарно-гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья;
- повышение санитарно-гигиенической культуры.

В своей работе по воспитанию здорового образа жизни медицинские сестры должны учитывать и условия жизни пациента находящегося на принудительном лечении, куда входят материальные и нематериальные факторы (социальные и духовно-нравственные).

Отмена или изменение вида принудительного лечения психически больным, находящимся в отделении для принудительного лечения общего типа, проводится судом по представлению администрации ЛПУ.

Учитывая проводимые лечебно-реабилитационные мероприятия – психофармакотерапия, психообразование, трудотерапия, с учетом стабильного психического состояния, наличия подобранной специфической терапии, имеет место установка на прием психофармакотерапии в амбулаторных условиях. При выписке с пациентом и родственниками проводится психообразовательная беседа о необходимости принимать психофармакотерапию на амбулаторном этапе, посещать врача в группе активного диспансерного наблюдения, а также ведения ЗОЖ, отказ от употребления алкоголя и ПАВ. При выписке пациента из стационара передается сообщение в отдел полиции по месту жительства.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.С. Зиновьева, Т.А. Воронкова, О.Я. Гольм

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

pontiac@list.ru

Аннотация

В статье излагаются практические аспекты профилактики агрессивного поведения психически больных. Отношение персонала к пациенту должно основываться на эмпатии, участии, уважении, искренности и справедливости. В основе агрессии может лежать стремление защитить себя от страха, провокаций или несправедливого отношения. Агрессия может быть также связана с низкой самооценкой или угрозой для чувства собственного достоинства. Эмпатия и уважение позволяют выяснить, какая именно проблема является триггерной для агрессии данного пациента, и составить основу для разрежения конфликтной ситуации позволяя пациенту почувствовать себя принятым и понятым персоналом. Техники деэскалации более эффективны в качестве ранних вмешательств. В условиях высокого риска и напряженности они неприемлемы.

Ключевые слова: агрессия психически больных, безопасность медицинского персонала.

ORGANIZATION OF EVENTS TO PREVENT AGGRESSIVE ACTIONS IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

I.S. Zinovieva, T.A. Voronkova

Abstract The article outlines the practical aspects of preventing aggressive behavior of mentally ill patients. The staff's attitude towards the patient should be based on empathy, participation, respect, sincerity and fairness. Aggression may be based on the desire to protect oneself from fear, provocation or unfair treatment. Aggression may also be associated with low self-esteem or a threat to self-esteem. Empathy and respect make it possible to find out exactly what problem is the trigger for a given patient's aggression, and form the basis for defusing a conflict situation, allowing the patient to feel accepted and understood by the staff. De-escalation techniques are more effective as early interventions. In conditions of high risk and tension, they are unacceptable.

Keywords: aggression of mentally ill patients, safety of medical personnel.

За рубежом профессия медицинского работника считается одной из самых опасных. Так, 1 из 5 сотрудников оказывается в течение года вовлеченным в разные инциденты. В своей работе, медицинские сестры довольно часто сталкиваются с агрессивным поведением пациентов, несмотря на современные достижения науки и психофармакологические средства. В литературе обсуждается широкий круг вопросов по данной проблеме: клинические, демографические, социальные и психологические характеристики пациентов, склонных к насилию и агрессии; система наблюдения, ухода и оказания им медицинской помощи.

В нашей больнице на протяжении длительного времени, а именно с 2011 года, проводятся исследования на базе амбулаторной и стационарной службы по оценке рисков внутрибольничной агрессии при различных психических заболеваниях: органических, личностных, аффективных, шизофрении. На основе полученных результатов была разработана система комплексной профилактики внутрибольничной агрессии, аутоагрессии и профилактике суицидальных тенденций, включающая способы оценки вероятности агрессивного и аутоагрессивного поведения психически больных, методические рекомендации по предотвращению агрессии, памятки как для пациентов, так и для их родственников. Результаты исследования были опубликованы в научных изданиях на

различных уровнях (международном, региональном), в Омском психиатрическом журнале.

Под агрессией, в целом, понимается любое вербальное, невербальное или физическое поведение, содержащее угрозу для себя, других людей или предметов. Типология собственно внутрибольничной агрессии разнообразна и может варьировать от словесных оскорблений до разрушительных физических действий. Физическая агрессия включает в себя нападения на людей (персонал, пациентов, посетителей, родственников) и предметы. Вербальная агрессия – угрозы, запугивания, выражение враждебности при отсутствии физического контакта с жертвой. Выделяются нарушения поведения в виде возбуждения, ажитации, не направленные на определенные объекты, однако представляющие потенциальную опасность.

Наиболее распространенной формой внутрибольничной агрессии является физическая агрессия. В большинстве случаев агрессия становится результатом конфликта пациента с персоналом или другими пациентами. Развитие конфликтной ситуации может занять от нескольких секунд до нескольких часов. В ходе развития конфликта происходит усиление эмоционального возбуждения, и как правило, агрессии предшествуют распознаваемые события и особенности поведения пациента.

Частым объектом нападений является младший персонал. Типичные ситуации:

- Пациент возбужден, персонал пытается успокоить пациента, делает замечания и т.п.;

- Персонал предлагает пациенту принять лекарство, снять одежду и др.;

- Персонал пытается присечь побег, приставания к другим пациентам;

- Пациент обращается с просьбой к персоналу (дать лекарство, сигареты и т.п.), персонал отказывает;

- Персонал пытается урегулировать конфликт между пациентами;

- Пациент в психотическом состоянии неверно воспринимает действия персонала.

Большинство случаев агрессивного поведения происходит в первые дни после поступления.

Большая часть совершаемых лицами с психическими расстройствами агрессивных поступков можно объяснить психологическими мотивами, когда психические нарушения оказывают лишь неспецифический растормаживающий эффект. Согласно результатам исследований, ситуации внутрибольничной агрессии можно рассматривать в качестве продукта взаимодействия между несколькими переменными:

- Характеристика пациента (психопатология, возраст, пол);

- Компонент окружения (размер и наполненность отделения, общее окружение);

- Факторы взаимодействия (провокация);

- Переменными связанными с персоналом (например, установки и уровень профессиональной подготовки в сфере управления агрессией).

Оценка риска внутрибольничной агрессии

Оценка риска внутрибольничной агрессии должна включать структурированное обследование. На основе оценки риска разрабатывается план ухода наблюдения за пациентом. Результаты оценки должны быть доступны для участвующих в лечении и уходе за пациентами специалистов.

Поведенческие предвестники агрессии:

- напряженное и злое выражение лица;

- повышенное или продолжительное беспокойство, безцельное хождение, телесное напряжение;

- учащенное дыхание, сердечный пульс, подергивание в мышцах, расширенные зрачки;

- чрезмерно громкая речь, эксцентричные движения, продолжительный взгляд;

- недовольство, отказ от коммуникации, страх, раздражение;

- вербальные угрозы и угрожающие телодвижения;

- прямые сообщения об агрессивных чувствах;

- блокирование выходов.

Среда может оказывать значительное влияние на уровень агрессии:

Это и условия содержания и терапевтический климат, соблюдение правил безопасности и безопасная среда, организационная культура. Во первых: для обеспечения безопасности важна инфраструктура отделения: наличие отдельных помещений для изоляции и физического стеснения (наблюдательные палаты), где осуществляется неотлучный пост наблюдения. Во вторых: должны быть исключены «слепые пятна», пространство наблюдательной палаты должно быть полностью под контролем персонала. Входы и выходы должны находиться в поле зрения, передвигаемые предметы должны обладать безопасной конструкцией, размером и весом. Сигнал тревоги должен быть доступен во всех помещениях где осуществляется взаимодействие персонала с пациентом. В третьих, все должны учитывать соображения личной безопасности. К снижению личной безопасности может приводить: разглашение персоналом домашнего адреса, номера телефона и личных сведений пациентам; внешний вид не вызывающий доверия у пациентов; слишком дорогая, вызывающая или сексуально провоцирующая одежда.

Условия содержания пациентов и общий терапевтический климат могут как смягчить агрессию, так и вести к ее обострению:

- переполненность отделения;

- количество персонала на смене;

- качество питания, оборудование помещений для сна, досуга, личное пространство.

- возможность или невозможность пользоваться туалетом, душем, телевизором, телефоном;

- возможность встречаться с посетителями, родными;

- степень комфортности больничных условий.

Провоцируют агрессию – недостаточная терапия, скука, объединения в социальные группы. Условия содержания должны учитывать потребности и нужды пациентов, так просмотр телепередач, физические упражнения, хобби, групповые взаимодействия и уважение к личному пространству пациентов ведут к снижению уровня агрессии.

Персоналу принадлежит важная роль в предотвращении или напротив, провокации конфликтных ситуаций. Наиболее важные характеристики:

- наличие опыта работы;

- личностные особенности поведения;

- установка по отношению к пациентам;

- уровень стресса персонала.

Большое значение в организационной культуре имеет готовность персонала предоставлять информацию относительно проблем, допущенных ошибок наблюдения, так как разбор случаев агрессии в ретроспективный анализ конфликтных ситуаций позволяют в будущем учесть такие моменты. Атмосфера доверия в

коллективе, способность и готовность персонала к обучению и внедрению полученных навыков и знаний в повседневную практику. Каждый случай разбирается либо внутри отделения, либо комиссией, созданной по приказу главного врача - делаются выводы.

В нашей больнице выработана политика подготовки и повышения квалификации работающего персонала. В Школах молодого специалиста, Медицинской сестры, Младшего медицинского персонала прорабатываются признаки потенциальной агрессии, распознавание гнева, предвестников и факторов риска агрессивного поведения, техники деэскалации конфликтов. На технических учебах в отделениях отрабатываются навыки взаимодействия персонала в группе при возникновении агрессивных действий пациента.

В силу большого значения поведения персонала, в случаях конфликтных ситуаций важную роль в предотвращении агрессии играют такие факторы как атмосфера внутри учреждения, количество рабочей нагрузки. Испытываемый персоналом дистресс снижает способность к спокойному терапевтическому поведению в конфликтных ситуациях. Для предупреждения агрессии персонал должен быть способен справляться с собственным дистрессом и гневом: на базе психотерапевтического амбулаторного отделения нашей МО проходят как групповые, так и индивидуальные занятия с психологом, врачами-психотерапевтами по эмоциональному выгоранию, управлению собственными эмоциями, соблюдению ролевой дистанции, эмпатии и толерантности.

Выводы

1. Отношение персонала к пациенту должно основываться на эмпатии, участии, уважении, искренности и справедливости. Это отношение должно сопровождаться терапевтическими намерениями. Персонал должен понимать, что за исключением пациентов со специфическими личностными расстройствами, люди (в том числе и пациенты) совершают агрессивные действия без специального намерения. В основе агрессии может лежать стремление защитить себя от страха, провокаций или несправедливого отношения. Агрессия может быть также связана с низкой самооценкой или угрозой для чувства собственного достоинства. Эмпатия и уважение позволяют выяснить, какая именно проблема является триггерной для агрессии данного пациента, и составить основу для разрешения конфликтной ситуации позволяя паци-

енту почувствовать себя принятым и понятым персоналом.

2. Техники деэскалации более эффективны в качестве ранних вмешательств. В условиях высокого риска и напряженности они неприемлемы.

3. Одной из частых задач деэскалации является выигрыш времени. Он помогает выработать более адекватное для данной ситуации решение, и может привести к снижению межличностного напряжения. Даже такой простой прием, как например, посмотреть на секунду в другую сторону (в окно, за плечо пациента).

4. Соблюдать физическую дистанцию. Чрезмерная пространственная близость может усилить тревожное возбуждение, которое может привести к защитным реакциям. Достаточная отдаленность служит и целям личной безопасности персонала, предохраняя от внезапного нападения.

5. Конфликты появляются в результате неспособности действующих сторон уступить и тем самым, показать свою слабость. Даже если с точки зрения персонала пациент не прав, для предупреждения насилия, имеет смысл пойти на уступки, там где это не будет иметь принципиального значения. Безусловно, это не относится к тем случаям, когда уступки приведут к развитию конфликта далее по экспоненте.

6. По возможности удалить потенциально опасные предметы и обеспечить путь к отступлению. Все эти рекомендации носят общий характер и применяться должны с учетом особенностей конкретной ситуации.

Предотвращение внутрибольничной агрессии требует реализации всестороннего, интегрированного подхода. Меры предупреждения включают в себя выработку необходимой организационной политики, создание безопасного и терапевтического окружения, внедрение процедур систематической оценки риска агрессии пациентов, организацию специальной подготовки персонала.

В Областной психиатрической больнице г. Омска за 2012 год имели место четыре тяжелых несчастных случая, связанные с агрессивными действиями контингента, повлекшие нетрудоспособность сотрудников. Нетрудоспособность по этим эпизодам составила 292 дня. Работа над ошибками, проведенная на всех уровнях оказания психиатрической помощи в МО, привела к исключению случаев тяжелой агрессии и снижению в целом агрессивного поведения пациентов.

Новости психиатрии

ВОСХОД И ЗАКАТ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

<https://psyandneuro.ru/>

Хотя биопсихосоциальная модель психических расстройств сыграла важную роль в борьбе с догматизмом, сейчас она представляет собой концептуальный статус-кво современной психиатрии. Однако в медицине и психиатрии существуют и другие гуманистические подходы, такие как методологическая психиатрия Карла Яспера или медицинский гуманизм Уильяма Ослера. Последнего часто считают самым влиятельным врачом в становлении научно обоснованной медицины. Тем не менее его значение для психиатрии систематически не изучалось.

Подход Ослера к пациенту состоял из четырех компонентов: биологический редукционизм в отношении болезни, научный подход к клинической диагностике, терапевтический консерватизм и гуманистический подход к личности. Концепция Ослера вступает в противоречие с прагматичными и антиредукционистскими предпосылками современной психиатрии, кодифицированными в её интерпретации “биопсихосоциальной” модели. Это приводит к ненаучной практике с чрезмерным использованием лекарств, назначаемых для разных симптомов, и невниманием к выявлению и лечению самих заболеваний.

Концептуальный статус-кво

Господствующей идеологией современной психиатрии является биопсихосоциальная модель. Многие, считающие психиатрию слишком биологической, являются яркими сторонниками данной модели. При этом сторонников “медицинской модели” не так-то много. Некоторые считают биопсихосоциальную модель более научной по сравнению с медицинской моделью. Другие считают ее более прагматичной или гуманистической. Недовольство биологической психиатрией отчасти связано с реакцией на “научно обоснованную” практику, поддерживаемую фармацевтической и страховой отраслями, а также национальными планами здравоохранения. Из-за чего больший упор делается в пользу фармакологических, а не психосоциальных вмешательств.

Биопсихосоциальная модель рассматривается как противоядие, но в равной степени она может быть и причиной сложившейся картины. Это происходит по той причине, что биопсихосоциальная модель не может предоставить убедительных концептуальных или эмпирических оснований для сопротивления биологизации психиатрии. Возможно, проблема заключается в дефекте самой модели, а не в неспособности

реализовать её, как предполагают многие.

Суть модели, по словам ее основателя Джорджа Энджела, заключается в том, что “все три уровня – биологический, психологический и социальный – должны приниматься во внимание в каждой области здравоохранения”. Ни одна отдельная болезнь, пациент или состояние не могут быть сведены к какому-либо одному аспекту. Все они, более или менее в равной степени, актуальны во всех случаях и во все времена.

Происхождение

История может указать на некоторые важные детали. Имея корни в психосоматической медицине (основанной Францем Александром, учеником Фрейда), Энджел пытался психологизировать медицину (нынешние сторонники биопсихосоциальности стремятся избежать медиализации психиатрии). Терапевт Джордж Энджел, обучавшийся психоанализу, был специалистом по функциональным желудочно-кишечным расстройствам (особенно язвенному колиту). Энджел сосредоточился на медицинских, а не психиатрических заболеваниях. В своих классических статьях он описывает пациентов с инфарктом миокарда или желудочно-кишечными заболеваниями, а не с психическими расстройствами. Энджел не проводил различия между ними: он верил, что модель применима ко всем заболеваниям, но он никогда не пытался показать ее применимость к психическим расстройствами, а лишь предполагал это.

Биопсихосоциальная концепция возникла в 1950-х годах: Рой Гринкер (невролог и психиатр, анализировавший Фрейдом) фактически ввел термин “биопсихосоциальный” задолго до Энджела (в 1954-1977 годах). Гринкер применил это к психиатрии, чтобы подчеркнуть “биологию” в противовес психоаналитической ортодоксии; Энджел применил это к медицине, чтобы подчеркнуть психосоциальное. Гринкер был открыт в отношении пределов биопсихосоциального подхода: он не принимал во внимание “единую теорию поля” для психиатрии и отвергал биопсихосоциальный холизм для исследований, где необходима конкретика. Энджел, с другой стороны, утверждал, что биопсихосоциальная модель была “планом исследований, основой для обучения и планом действий в реальном мире здравоохранения”.

Биопсихосоциальное знамя было поднято в США примерно в 1980 году, что совпало с появ-

лением DSM-III и психофармакологии, а также с упадком психоанализа. Возможно, биопсихосоциальная модель была, как предполагает один историк, способом вернуть психоанализ “через черный ход”. Эта интерпретация подтверждается недавними руководствами по биопсихосоциальной модели, в подавляющем большинстве которых психоаналитические концепции (например, защитные механизмы) описываются как часть формулировки модели, при этом биологическим или социальным особенностям уделяется мало внимания.

Эклектика

Помимо формального определения, приведенного выше, существует еще одно окончательное, неявное обоснование биопсихосоциальной модели: эклектизм (механическое соединение разнородных взглядов, точек зрения в изложении чего-либо – прим. ред.). Гринкер прямо выступал за “борьбу за эклектику” в противовес психоаналитическому догматизму. Однако там, где Гринкер был трезв и ограничен в своих целях, Энджел был экспансивен. Гринкер определил ключ: сторонники биопсихосоциальной политики действительно стремятся к эклектичной свободе, способности “индивидуализировать лечение для пациента”, что на практике стало означать разрешение делать все, что человек хочет. Эта эклектичная свобода граничит с анархией: при желании можно сделать акцент на “био”, или на “психо” (которое обычно является психоаналитическим среди многих сторонников биопсихосоциальности), или на ‘социальном’. Но нет никакого обоснования, почему человек направляется в ту или иную сторону: отправившись в ресторан и получив список ингредиентов, а не рецепт, можно приготовить все это так, как ему нравится. Это приводит к следующему парадоксу: свободный делать все, что ему заблагорассудится, человек устанавливает свои собственные догмы (сознательные или бессознательные). Подобно гегелевской трагедии, эклектика порождает догматизм; анархия ведет к тирании. Тогда все жалуются и просят больше свободы – больше той же модели, которая изначально привела к статус-кво.

Защита

Сторонники биопсихосоциальной модели выдвигают концептуальные и эмпирические аргументы в её защиту. Одна концептуальная защита основывается на преимуществах холизма, в противоположность редукционизму. Гринкер и Энджел применили этот подход, используя общую теорию систем в биологии. Основная идея заключается в том, что “чем больше, тем лучше”: истина достигается путем добавления все новых и новых точек зрения, приближения все ближе и ближе к чрезвычайно сложной реальности. Возможно, это здравый

смысл, но не научный. Редукционизм не всегда ошибочен; язвенная болезнь, долгое время считавшаяся классическим психосоматическим заболеванием, оказывается, вызывается *Helicobacter pylori*. Отличительной чертой науки является то, что кажущееся сложным оказалось простым.

Другая концептуальная защита рассматривает биопсихосоциальную модель эвристически, напоминая нам о необходимости обращать внимание на три аспекта болезни. Тогда возникает вопрос: как мы их выбираем? Как мы расставляем приоритеты в отношении одного аспекта по сравнению с другим? Кто-то может предположить, что научно обоснованная медицина обеспечивает механизм выбора, но часто доказательства ограничены или отсутствуют. Биопсихосоциальная модель, как она классически развита, не указывает нам, как расставлять приоритеты. Следовательно, расстановка приоритетов происходит на ходу, с учетом собственных предпочтений каждого человека, и модель превращается в простую эклектику, выдаваемую за изысканность.

Эмпирическая защита философии “чем больше, тем лучше” иногда основывается на эклектичной биопсихосоциальной интуиции о том, что лекарства и психотерапия всегда и по своей сути более эффективны, чем то и другое по отдельности. Эмпирически, иногда это так, иногда нет. Использование только одного метода или процедуры часто дает лучшие результаты или является более обоснованным, чем совместное использование нескольких подходов.

Альтернативы

Биомедицинский редукционизм (“медицинская модель”) или биопсихосоциальная модель? Аддитивный эклектизм (чем больше, тем лучше) или догматизм? Существуют ли ещё альтернативы? Биопсихосоциальный подход эффективен только в противовес соломенным человечкам. Другой альтернативой догматизму, помимо аддитивного эклектизма, является методологическая психиатрия, за которую выступает Карл Ясперс. Другой альтернативой “холодной и безличной” биомедицинской модели является медицинская гуманистическая модель, разработанная Уильямом Ослером.

Ясперс, который понимал, что теории растут и падают вместе с их методами, видел в психиатрии два основных метода: объективный/эмпирический и субъективный/интерпретирующий. Методология определяла сильные и слабые стороны теорий. Вместо того чтобы пропагандировать тот или иной метод, Ясперс призывал к методологическому сознанию: мы должны осознавать, какие методы мы используем, их сильные стороны и ограничения, а также почему мы их используем.

Догматики считают, что достаточно одного

метода, биопсихосоциальные эклектики – что методы всегда следует комбинировать, Ясперс – что (в зависимости от состояния) иногда один, иногда другой метод является лучшим. Многие клиницисты смешивают термины плюралистический и эклектичный, поэтому, возможно, недогматичный, неэклектичный подход Ясперса следует назвать методологической психиатрией (по аналогии с доказательной медициной).

Ослер (“модернизация Гиппократата”) утверждал, что роль врача заключается в лечении болезней в организме (биомедицинский редуционизм), одновременно оказывая помощь человеку, у которого есть это заболевание. Ослер применил медицинскую модель нередуционистски. Там, где присутствует болезнь, человек лечит организм; там, где болезнь поддается лечению, но не излечима, он по-прежнему относится с вниманием к рискам; а там, где болезни нет (у некоторых пациентов есть симптомы или признаки, но нет болезни, например, кашель, а не пневмония), он заботится о человеке как о личности. Этот подход, отражающий главные цели Гиппократата: “лечить иногда, исцелять часто, утешать всегда”, обладает всеми сильными сторонами и ни одним из слабых мест биопсихосоциальной модели.

Ослер учил, что медицина – это искусство, основанное на науке; не просто наука, но и не просто искусство. Энджел недвусмысленно отверг концепцию медицинского искусства, утверждая, что она принижает психосоциальные факторы, превращая их в своеобразные навыки межличностного общения. Ослер рассматривал

медицину как биологическую науку, а искусство – как гуманистическую: таким образом, он выступал за изучение человека по классическим источникам, литературе и поэзии – гуманитарным наукам; Энджел явно отвергал эту точку зрения. Биопсихосоциальная модель Энджела в этом смысле антигуманистична. Медицина преодолевает знаменитую дихотомию между научной и гуманитарными науками: Ослер пытался соединить ее с медицинским гуманизмом, Энгель – с психологизированным сциентизмом.

Будущее

Возможно, появятся новые и усовершенствованные биопсихосоциальные подходы, лучшие, чем подходы Энджела или Гринкера, например, в социальной эпидемиологии и биологии развития/психопатологии. Хотя такие усилия достойны похвалы, неясно, каким образом они создают новую модель для медицины или психиатрии, или как они улучшают медицинский гуманизм или психиатрию, основанную на методе Ясперса.

Биопсихосоциальная модель была ценна в свое время как реакция на биомедицинский редуционизм, но ее историческая роль исчерпана. Психические расстройства крайне сложны и одной биологии недостаточно, но биопсихосоциальная модель из этого не вытекает. Существуют и другие, менее эклектичные, менее общие, менее расплывчатые альтернативы. Психиатрии не мешало бы обратиться к ним, а не возвращаться к устаревшему ярлыку.

Перевод: Касьянов Е. Д.

Источник: Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. Br J Psychiatry. 2009 Jul;195(1):3-4. doi: 10.1192/bjp.bp.109.063859. PMID: 19567886.

МИНЗДРАВ НАЧАЛ СОБИРАТЬ СОБСТВЕННУЮ СТАТИСТИКУ НАПАДЕНИЙ НА МЕДРАБОТНИКОВ

<https://psychiatr.ru/news/1575>

Минздрав начал собирать собственную статистику нападений на врачей. По данным ведомства, только за I полугодие 2023 года зафиксировано 820 случаев применения насилия в отношении медицинских работников.

Минздрав России начал анализировать случаи нападения на врачей — для этого в конце 2022 года была создана специальная рабочая группа «по вопросам снижения рисков применения насилия в отношении медицинских работников при выполнении ими должностных обязанностей». Об этом министр здравоохранения Михаил Мурашко сообщил в письме (есть в распоряжении «МВ») главе думского Комитета по охране здоровья Бадме Башанкаеву в ответ

на его запрос.

Как заявил Мурашко, планируется, что полученная статистика «будет использована при разработке Минздравом предложений по внедрению дополнительных организационных, технических и иных средств защиты медицинских работников от нападений для внедрения в деятельность медицинских организаций».

В 2019 году Госдума приняла пакет поправок в Уголовный кодекс РФ и ст.151 Уголовно-процессуального кодекса РФ для защиты жизни и здоровья пациентов и медицинских работников. Максимальное наказание за воспрепятствование законной деятельности медработника предусматривается в случае, если это

деяние повлекло причинение тяжкого вреда здоровью пациента (до трех лет лишения свободы) или привело к его смерти — до четырех лет.

Эксперты Нацмедпалаты критиковали документ, настаивая на том, что эти предложения недостаточны для защиты врачей от агрессии со стороны пациентов или их родственников, а статус медработников «при исполнении» надо приравнять к аналогичному статусу у полицейских.

После вступления в силу закона произошло несколько громких случаев нападений на медработников, которые правоохранительные органы оценивали без учета принятых поправок. Со временем ситуация изменилась, но реальные сроки за причинение вреда здоровью работников системы здравоохранения суды по-прежнему применяют крайне редко. Как показал проводившийся в начале 2021 года сервисом «Справочник врача» опрос, 88% респондентов высказываются за ужесточение уголовного наказания за нападение на медработников.

Изначально запрос Бадма Башанкаев и председатель Комитета Госдумы по безопасности Василий Пискарев направили не только в Минздрав, но и в Генпрокуратуру. Тогда Башанкаев указывал, что силовики часто не квалифицируют нападения на медработников должным образом и «профилактический эффект уголовного законодательства не достигается».

В запросе глава профильного комитета запросил у генпрокурора Игоря Краснова и главы Минздрава информацию о совершенных с августа 2019 года нападениях на медработников, а также о принимаемых прокуратурой мерах, направленных на их защиту. Тогда в прокуратуре (с ответом ведомства также ознакомился «МВ») ответили, что «существующее

правовое регулирование предоставляет достаточную возможность для назначения справедливого наказания» и «предложений по совершенствованию законодательства в данном направлении не имеется».

Мурашко рассказал, что в мониторинг случаев применения насилия в отношении медработников ведется в соответствии с разработанным Минздравом «классификатором» таких случаев. Предусмотрено выделение следующих групп: физическое насилие, психическое насилие, иные виды насильственных действий (оскорбление, крики, выхватывание вещей из рук, повреждение имущества, действия, выражающие явное неуважение). Промежуточный анализ показал, что только за I полугодие 2023 года зафиксировано 820 случаев применения насилия в отношении медработников. Из них к физическому насилию отнесены 270 случаев, включая 30 опасных для жизни и здоровья, к психическому насилию – 150, к иным видам насильственных действий – 400. Наибольшее число случаев насилия в отношении медработников отмечено в Омской, Орловской, Новосибирской, Челябинской областях, а также в Москве.

При этом Минздрав, как ранее и Генпрокуратура, также отметил, что совершение преступлений против врачей уже «охватывается действующими нормами УК РФ», однако «меры защиты не в полной мере реализуются как медицинскими организациями, так и правоохранительными органами».

Пока предотвратить нападения на медработников самыми разными способами пытаются регионы. Например, летом в Екатеринбурге объявили, что бригадам «скорой» раздадут тревожные кнопки для вызова Росгвардии.

Источник: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-nachal-sobirat-sobstvennuu-statistiku-napadenii-na-medrabotnikov.html>

ДОЗЫ АНТИПСИХОТИКОВ, D2-РЕЦЕПТОРЫ И ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА

<https://psyandneuro.ru/>

В одном из номеров журнала *Molecular Psychiatry* была опубликована статья Spyridon Sifis et. al., в которой они изучили, растёт ли риск экстрапирамидных расстройств при увеличении дозы антипсихотических препаратов, и какие из препаратов наименее опасны в этом плане. Авторы отобрали рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), где исследовались антипсихотики, назначенные лицам с расстройствами шизофренического спектра. Авторы подтвердили зависимость риска экстрапирамидных расстройств от дозы ан-

типсихотиков, хотя степень выраженности варьировалась в зависимости от препарата. Так, кветиапин и сертиндол практически не вызвали двигательных побочных эффектов в любой дозе.

Экстрапирамидные расстройства – это двигательные нарушения, возникающие как прочный эффект лечения антипсихотическими препаратами. Ими страдают до 1/3 людей с шизофренией. Экстрапирамидный синдром (ЭПС) нарушает качество жизни пациентов, снижает эффективность лечения, требует добавления

дополнительной терапии, которая тоже в свою очередь будет вызывать побочные эффекты. Поэтому необходима информация о риске развития ЭПС при антипсихотической терапии.

В настоящее время механизм возникновения ЭПС связывают с влиянием антипсихотических препаратов на D2-рецепторы в нигростриарном пути. Считается, что если занятость этих рецепторов выше 80%, то риск развития ЭПС возрастает. Но на самом деле механизм гораздо сложнее, и другие рецепторы (5-HT_{1A}, 5-HT_{2A}, 5-HT₂, M-холинорецепторы) тоже принимают участие в данном процессе.

Несмотря на то, что развитие ЭПС носит дозозависимый характер, реакция зависит от препарата. Более того, окно эффективности антипсихотиков, в котором их эффективность максимальна, а ЭПС ещё нет, описано в молекулярных исследованиях, но не в систематических обзорах.

Для своего метаанализа авторы отобрали РКИ со взрослыми людьми с шизофренией, шизоаффективным и шизофреноподобным расстройствами. Исследования, посвящённые негативной симптоматике, первому эпизоду и с включением возрастных пациентов изучались отдельно, так как в них изначально использовались меньшие дозы антипсихотических препаратов. Во включённых в метаанализ исследованиях проводилась монотерпия одним из препаратов: азенапин, арипипразол, амисульприд, брекспипразол, карипразин, клозапин, илоперидон, луматеперон, луразидон, оланзапин, кветиапин, палиперидон, рисперидон, сертиндол, зотепин, зипразидон, галоперидол, плацебо.

Всего в метаанализ было включено 110 исследований с общим числом участников 37193 человек. Среди исследований было мало работ, в которых бы изучались негативная симптоматика или первый психотический эпизод. Достоверных исследований с лицами пожилого возраста не было. Авторы рассмотрели результаты по каждому изучаемому антипсихотику.

С повышением дозу амисульприда достоверно повышался риск развития ЭПС. Исследования с участием пациентов с негативной симптоматикой и низкой дозой амисульприда (300 мг./дн.) имели высокий риск статистической ошибки.

Арипипразол продемонстрировал низкую достоверность доказательств линейной зависимости ЭПС от дозы. Показатель отношения шансов (odds ratio, OR) оказался низким при дозе арипипразола 30 мг/сут.

Азенапин показал среднюю степень достоверности линейной зависимости ЭПС от дозы. OR в его случае средний при приёме в дозе 20 мг/сут.

В отношении брекспипразола была обнаружена достоверная линейная зависимости ЭПС от дозы с низким OR при дозе мг/сут.

Карипразин обнаружил низкую достоверность линейной зависимости ЭПС от дозы. Его OR средний при дозе 9 мг/сут.

Галоперидол обнаружил постоянное увеличение риска развития ЭПС в зависимости от дозы со средней достоверностью результатов. Максимальный OR при дозе 30 мг/сут.

Илоперидон показал низкую достоверность практически плоской кривой зависимости ЭПС от дозы. Его OR низкий при дозе 24 мг/сут.

Луматеперон продемонстрировал низкую достоверность J-подобного графика зависимости ЭПС от дозы с увеличением риска в дозе более 60 мг./дн. и максимальным риском при дозе 120 мг./дн.

У луразидона была обнаружена линейная зависимость ЭПС от дозы. Максимальный OR оказался в дозе 160 мг/сут.

Линейная зависимость ЭПС от дозы средней степени достоверности определена у оланзапина. OR был низким, даже в дозах более 20 мг/сут.

Палиперидон продемонстрировал достоверную линейную зависимость ЭПС от дозы. Его максимальный OR отмечался в дозе 15 мг/сут.

У кветиапина график зависимости ЭПС от дозы был практически плоским. Он показывал низкий риск или отсутствие риска даже при максимальном OR в дозе 1200 мг/сут.

Рисперидон продемонстрировал достоверную линейную зависимость ЭПС от дозы. Его OR был средним с максимальным значением в дозе 16 мг/сут.

У сертиндола риск развития ЭПС был низким. График зависимости от дозы выглядел плоским. Максимум OR достигал в дозе 24 мг/сут.

Зипразидон обнаружил низкую достоверность линейной зависимости ЭПС от дозы. OR был умеренным и достигал своего максимума в дозе 320 мг/сут.

У зотепина график зависимости от дозы был плоским, но он имел низкую степень достоверности. OR остался низким и достигал своего максимума в дозе 208 мг/сут.

Данных об ЭПС на фоне клозапина в отобранных исследованиях не было.

Изучение связанности D2-рецепторов при применении антипсихотиков показало, что риск развития ЭПС значительно возрастал, когда связанность превышала 75-85%. Исключениями оказались препараты-частичные агонисты D2-рецепторов, которые имели меньшие OR, хотя и высокую связанность с D2-рецепторами. Эти результаты подтверждают данные предыдущих исследований, которые предположили наличие терапевтического окна антипсихотиков, означающего увеличение риска ЭПС при связанности с 75-85% D2-рецепторов. Однако, как полагают авторы, нельзя не учитывать и другие механизмы, способствующие профилактике ЭПС. К ним относятся

антагонизм к 5-HT_{2A}-рецепторам и 5-HT_{2C}-рецепторам, частичный агонизм к 5-HT_{1A}-рецепторам. Тем не менее, эта теория была оспорена. Так, амисульприд, селективный антагонист D₂-рецепторов, имеет сопоставимый риск с другими антипсихотиками, которые действуют как антагонисты 5-HT_{2A}-рецепторов, например, рисперидон.

Примечательно, что были различия между антипсихотиками в более высоких дозах, несмотря на аналогичную способность к связанности с D₂-рецепторами, как, например 11 мг./дн. галоперидола и 16 мг./дн. риспери-

дона. Частичные агонисты – арипипразол, брекспипразол, карипразин – имеют разную степень связываемости с D₂-рецепторами в зависимости от области воздействия в головном мозге. При этом их связанность с D₂-рецепторами превышает 80%, но, в связи с сохранением некоторой дофаминергической активности, ЭПС не развивается.

Таким образом, практически все антипсихотики вызывают ЭПС, кроме кветиапина и сертиндола, но частота возникновения варьируется в зависимости от препарата.

Перевод: Вурт К. О.

Источник: Spyridon Siafis et. al. Antipsychotic dose, dopamine D₂ receptor occupancy and extrapyramidal side-effects: a systematic review and dose-response meta-analysis. Molecular Psychiatry.



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.