

Обращает на себя внимание возрастная группа 15-17 лет (подростки) – в этой возрастной группе совершались деликты только против других родственников.

В этой группе семейное положение испытуемых отражает их возрастную структуру (подавляющее большинство лиц находится в молодом возрасте): холостые/не замужем испытуемые составили 89,2%. Не имеющие детей составили 76,6%.

В отличие от других рассмотренных групп, большинство испытуемых лиц (59,5%), совершивших деликты против других родственников, являются сельскими жителями. Лишь 40,6% проживают в квартирах и домах. В остальном проценте случаев жилищная проблема не решена, вплоть до положения БОМЖ (27,0%).

Социально-трудовая адаптированность испытуемых лиц данной группы крайне низкая - определенных занятий не имели 62,2%. В качестве социально-дезадаптирующих факторов антисоциальное окружение представлено у 16,2%, тяжелое материальное положение и неблагоприятные жилищные условия – по 24,3%, а конфликты в семье – у каждого третьего. Отмечается и высокий уровень алкоголизации - алкоголь употребляют систематически 27,1%, злоупотребляют 18,9%. Чуть более трети (37,8%) испытуемых лиц этой группы ранее уже совершали правонарушения. В ряде случаев отме-

чается влияние социально неблагоприятного фактора материальной нужды – в 17,9% случаев.

Выраженность внутрисемейной психической травматизации имела место в 37,8% случаев хроническую и подострую степень в 24,4% случаев, в единичных случаях носила острый характер - 8,1%, а отсутствовала лишь у некоторых лиц - 13,5%.

В данной группе, в отличие от испытуемых лиц предыдущих групп, проступает связь с неблагополучной родительской семьей (32,5%), с конфликтностью в родительских отношениях (18,9%). При этом многодетность родительской семьи не была преобладающей (трое и более детей в 16,2% случаев). Деликты в отношении родственников совершались испытуемыми данной группы, как в алкогольном опьянении (57,0%), так и в трезвом состоянии (42,9%).

Выводы:

1. Испытуемые лица, совершившие тяжкую агрессию в отношении своих родственников, были преимущественно молодого возраста, не имеющие собственной семьи, без трудовой занятости.

2. Испытуемые лица, совершившие тяжкую агрессию в отношении своих родственников в целом социально дезадаптированы, имели психологический дезадаптирующий фактор конфликтных внутрисемейных отношений.

Литература:

1. *Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.Д. Шостаковича. - СПб., 2002. - 464 с.*
2. *Андреева Е.С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со статьей 22 УК РФ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 28 с.*
3. *Антонян Ю.М., Горинов В.В., Саблина Л.С. Преступники с умственной отсталостью: Учебное пособие. - М., 1992. - 100 с.*
4. *Белюсова М.Л. Преступность и опасные действия больных шизофренией в период 1988-1998 г.г. // Рос. психиатр. журн. - 2002. - № 5. - С. 33-37.*
5. *Бендриковский А.М. Этнокультуральные и клинко-социальные особенности больных пограничными психическими расстройствами в республике Коми: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2001. - 29 с.*
6. *Бызова В.М. Опыт использования Hand-теста в этнопсихологии // Психолог. журн. - 1997. - Т. 18, № 4. - С. 110-117.*
7. *Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. - СПб., 1999. - 352 с.*
8. *Вандыш-Бубко В.В., Андреева Е.С. Судебно-психиатрическая оценка лиц с органическим психическим расстройством, не исключающим вменяемости (ст. 22 УК РФ): Пособие для врачей. - М., 2004. - 40 с.*

ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Т.Г. Шаповалова

п. Затобольск (Костанайская обл., РК)

На современном этапе развития психиатрической помощи населению особое значение приобретают возможности амбулаторного долечивания и организация поддерживающей терапии психичес-

ких больных, что важно во избежание возможного обострения заболевания, роста повторных поступлений. Необходимость повышения удельного веса больных, пролеченных амбулаторно, очевидна -

снижаются экономические затраты каждого поль­зованного больного, улучшается качество психосоциальной реабилитации больных. Так, пребывание больного вне стен больницы в привычном для него окружении активизирует его компенсаторные механизмы.

Выписка больного из стационара и переход его к амбулаторному лечению должны быть тщательно продуманы. Так как сроки госпитализации сократились, то подбор дозы продолжается и на амбулаторном этапе. Преждевременная выписка без должной подготовки больного к жизни в обществе может осложнить или сделать невозможной дальнейшую социальную реабилитацию. Это особенно важно в случае очередного приступа у хронического больного и для тех, кто за время пребывания в стационаре потерял связи с родными и друзьями.

Целью настоящего исследования является попытка выявить механизмы коррекции между длительностью заболевания и частотой ремиссии, с одной стороны и характером применённой поддерживающей терапии (противорецидивной) - с другой.

Нами катamnестически изучено 30 больных, выписанных из стационара и переведенных на амбулаторное поддерживающее лечение. Сроки катamnестических наблюдений составляют от 1 года до 3-х лет.

По клинической картине все анализируемые случаи были более или менее сходны. В клиническом плане - это больные, у которых на момент выписки из стационара преобладали стёртые бредовые расстройства, аффективные, кататониче-

ские, психопатоподобные нарушения. Эта была группа, представляющая повышенную социальную опасность.

Давность заболевания шизофренией у исследуемых составляла от 3-х до 10-ти лет, при числе ранее перечисленных приступов (обострений) равному 3-4 приступам. По типу течения заболевания основную массу составили больные с недифференцированной шизофренией.

Во всех случаях подбор вида поддерживающей терапии производился на стационарном этапе, руководствуясь общими принципами: «Лечить, не болезнь, а больного». При этом выяснялось, какие препараты больной принимал ранее, была ли аллергия, какие препараты больной считает подходящими для себя, какие плохо переносились из-за побочных эффектов, что давало важную информацию, помогало наладить с больным доверительные отношения, обеспечивало его активное участие в лечении. Поддерживающая терапия осуществлялась в 3-х вариантах, и контрольном варианте:

- пролонги, в частности галоперидол деканоат в дозе 25-50мг внутримышечно 1 раз в 3 недели;
- атипичные нейролептики – азалептин, азалептол в средних дозах 25-50 мг в сочетании с галоперидол деканоатом в выше указанных дозах;
- психотропные препараты нового поколения (ППНП) – зипрекса в дозах 10 мг;
- контрольная группа наблюдалась практически без лечения в виду отказа больных от приёма нейролептиков.

Таблица 1

Анализ катamnестического наблюдения за выписанными больными в амбулаторных условиях (поддерживающая терапия)

Группа	Наименование лекарственных препаратов	Число случаев	Длительность катмнеза в среднем	Частота обострений (госпитализаций)
1.	Галоперидол деканоат	10	3 года	15
2.	Галоперидол деканоат, азалептин, азалептол	10	2 года	5
3.	Зипрекса (ППНП)	4	1,5 года	0
4.	Контрольная группа	6	1 год	8
ИТОГО случаев		30		

Таким образом, абсолютные преимущества в проведении поддерживающей терапии имеют психотропные препараты нового поколения (ППНП), а также атипичные нейролептики в сочетании с пролонгами (азалептин, галоперидол деканоат). При сроке наблюдения в течение 2-х лет было всего 5 регоспитализаций из 10 учтённых больных (группа 2). При сроке наблюдения в течение 1,5 лет не было ни одной регоспитализации из 4 угнетённых больных (группа 3). Несомненным пре-

имуществом перед формой поддерживающей терапии в виде галоперидола деканоата имеет сочетание атипичных нейролептиков – азалептина с галоперидол деканоатом: удобство применения по кратности, достоверность факта приёма в необходимых дозировках, незначительное число осложнений, экономическая предположительность. Амбулаторные психиатрические службы обладают меньшими ресурсами, что ограничивает их возможности использования ППНП. В результате

чего получается, что лечение пациента ППНП, начатое в стационаре, часто не получает продолжения в амбулаторных условиях. Преимущество в применении ППНП в амбулаторной практике, несомненно, но высокая стоимость ППНП сдерживает их широкое внедрение в применении их в противорецидивном лечении в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. - М., 1988.
2. Гурович И.Я. и соавт. Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12.
3. Дмитриева Т.Б. Клиническая психиатрия. - М., 1999
4. Мосолов А.И. Психофармакология. - М., 1998.
5. Попов М.Ю. Российский психиатрический журнал. – 2003. - № 5.
6. Hawkins K.A., Mortimer A. и др. Обзор современной психиатрии. - 2001-2002.

В качестве общего вывода можно констатировать чёткие преимущества применения психотропных препаратов нового поколения, атипичных нейролептиков в сочетании с пролонгами и пролонгов в чистом виде, а также недопустимость отказа от поддерживающей терапии при наличии у больных после выписки из стационара остаточных психотических нарушений или отчётливых проявлений шизофренического дефекта.

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Т.Г. Шаповалова

п. Затобольск (Костанайская обл., РК)

Распространенность одиноких психических больных в старших возрастных группах, частое нарушение у них социальной адаптации – нередкие явления последних лет. Среди факторов социальной адаптации данного контингента больных наименее изученными являются:

- взаимоотношения с родственниками; живущими отдельно;
- причины одиночества;
- отношения к нему больных;
- его мотивация и потребность пациентов в диспансерном наблюдении.

Исследование перечисленных моментов и их связи с клиникой стало целью настоящей работы. Клиническими и социально – психологическими методами обследованы 10 больных (3 женщины и 7 мужчин) в возрасте 60-66 лет.

Все больные, за исключением троих, имели родственников, живущих отдельно. Близкие люди к пациентам с психоорганическими расстройствами и МДП относились лучше, проявляя внимание и заботу, чем к больным шизофренией, у которых чаще отмечалось отрицательное и индифферентное отношение к родственникам. Причинами одиночества больных были смерть супруга, развод и отделение взрослых детей от семьи. Больных шизофренией супруги оставляли вскоре после начала болезни из-за страха перед этим диагнозом. Женщины с органическими поражениями головного мозга разводились с мужчинами, в основном из-за их пьянства ещё до заболевания. Причинами оди-

ночества при шизофрении, кроме указанных, были смерть матерей, сестер (часть больных, по причине не начавшегося в молодости процесса, не смогла создать свои семьи и жила в родительских), а также отказа взрослых детей от пациентов из-за их бредового или психоподобного поведения. Больные с МДП проживали одни после смерти супруги. Большинство больных тяготилось одиночеством, реже относились к нему индифферентно или положительно. Отмечается связь между отношением к одиночеству и нозологической формой заболевания. Больные шизофренией реже тяготились одиночеством. Рассматривая мотивацию отношения к одиночеству, мы выделили три её уровня:

- психопатологический (синдромальный);
- психологический;
- соматический.

Положительному отношению к одиночеству на психопатологическом уровне способствовали бред преследования, направленный на родственников, эксплозивный и эйфорический варианты психоорганического синдрома, психопатоподобные расстройства возбудимого или паранойяльного круга.

На психологическом уровне - психологическая защита по типу рационализации и неудачная семейная жизнь в прошлом. На соматическом уровне – нетяжелое заболевание с легкой декомпенсацией. Индифферентное отношение к одиночеству на психопатологическом уровне коррелировало с шизофреническим дефектом и апатическим вариантом