

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УЧРЕЖДЕНИЕ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Материалы Республиканской конференции с международным участием,  
посвященной 50-летию  
Гомельской областной клинической психиатрической больницы  
9-10 июня 2011 года*

Гомель, 2011



омплексность биологического и стрессового сосуществующие экзогенно-органические и

вариации все факторы (биологические и психостативную дисфункцию, ставшую впоследствии все стрессы жизни и постчернобыльской соматические заболевания углубляли нарушисудистый органический процесс.

на одной группе психогенных заболеваний у грессовых расстройств. Хотя удельный вес болеваемости ликвидаторов не велик - около 10% этого синдрома сосуществуют одновременно процессом, примерно у 50% пациентов.

отсутствие острой реакции на стресс, хроническое в отдаленном периоде симптоматики «избегательная картина «флэш бэк» эффектов в виде состояний дереализации, малая выраженность содержания воспоминаний и снов.

психологии у УЛПА характерен глубокий пессимизм, ипохондрический радикал переживаний, «отчаянная» установка на суицид.

при присоединении экзогенно-органического фактора нарастает полностью симптомов ПТСР.

патология, выявляющаяся после радиационной аварии, имеет две противоположные полюсы: экзогенно-органический и психогенный. Стрессзависимые реакции и состояния отдаленных пострадавших и на всех этапах поставарийные психические (прежде всего сосудистые расстройства) участники аварии, которые были подвержены этим биологическим воздействиям.

возникают синергически, спаянно, и усиление торможению или обратному развитию другого. Фактор как бы противодействует редукции и достижению при лечении органических симптомов, полезным существование симптомов условно желательных таких расстройств крайне сложно.

на этапе психических симптомов нередко затруднительно психогенные расстройства могут коммуфлироваться.

и в других радиационных инцидентах возможны психической патологии и соответственно психиатрическую и социальную помощь.

Этот факт необходимо учитывать не только в решении диагностических и экспертных вопросов, но и в организации терапии и реабилитации пострадавших.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ветров С.Д. Особенности расстройств невротического уровня у эвакуированных из Припяти (период отдаленных последствий аварии на ЧАЭС. Автореф. канд. мед. наук. М., 1997, 34 с.
2. Морозов А.М., Крыжановская Л.А. Клиника, динамика и лечение пограничных психических расстройств у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. Киев, 1998. 330с.
3. Румянцева Г.М., Левина Т.М. и др. Психическое здоровье населения некоторых регионов России. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 1995, N2, с.55-66
4. Ушаков И.Б. Комбинированные воздействия в экологии человека и экстремальной медицине. - М.: ИПЦ "Издательство", 2003. - 442 с.
5. Филипенко В.В. Особенности формирования невротических расстройств в условиях хронического радиационного стресса. Автореф. канд. мед. наук. М., 1995. - 22с.
6. Хавенар Й.М. После Чернобыля. Исследование психологических факторов, воздействующих на здоровье после радиационной катастрофы (перевод с английского). - М., 1996. - 189 с.

### МОДЕЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Сергеева Т.Ф., Ковалева М.В., Лисковский О.В.*

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» г. Минск, Республика Беларусь*

Общество, проходя каждый этап своего развития, изменяется очень быстрыми темпами и усложняется по отношению к индивидууму. Мы живем в веке информации, которая является главным компонентом развития общества на современном этапе. Поэтому, рассматривая индивидуума в контексте современного общества с его информационным массивом и суггестивным воздействием рекламы, мы видим, что он (индивид) теряет свою функциональность из-за неспособности воспринимать такой груз и становится пустой ячейкой в социальных отношениях. В итоге человек приспособляется к окружающей среде, которая имеет завышенное требование по отношению к нему и человек принимает жесткую позицию борьбы (конкуренции). Это ведет первоначально к стрессу, который в дальнейшем является триггером в развитии сосудистых, сердечных, психических заболеваний и

др. Все вышперечисленное указывает на то, что необходимо серьезно подойти к вопросу о качестве жизни человека, в особенности в позднем возрасте. Проблема позднего возраста является открытым вопросом для специалистов разных областей, а в особенности в психиатрии, где в свою очередь возрастает число пациентов с деменцией и другими психическими заболеваниями в сочетании с соматическими патологиями. Вопрос о поддержке лиц данного профиля на сегодняшний день является острым для всего мирового сообщества [1].

По прогнозам зарубежных исследователей деменция в позднем возрасте становится проблемой для всех стран. Отмечено, что в 2010 году страны мира потратят на уход за людьми, страдающими старческим слабоумием, 604 млрд. долларов, или около 1% объема мирового ВВП. Всего в мире тяжелыми формами деменции сейчас страдают 37,5 млн. человек. Благодаря успехам медицины средняя продолжительность жизни в цивилизованных странах растет, увеличивается и число страдающих деменцией. По прогнозам, оно будет удваиваться каждые двадцать лет и к 2050 году достигнет 115,4 млн.

Данная глобальная проблема имеет разрешение, делая маленькие шаги на локальных уровнях. В данной статье приводится опыт психосоциальной реабилитации и терапии в психогериатрических отделениях ГУ «РНПЦ психического здоровья». Здесь мы ориентируемся на нефармакологические методы, которые непосредственно воздействует на психологическую и социальную сферу пациентов. Приоритеты в нашей работе – компетентность в повседневной жизни и выполнение пациентами своих ролей, сохранение достоинства пациента, принятие его таким, каков он есть, независимо от состояния и проявления заболевания [2].

В работе с дементными пациентами мы выделили следующие направления: восприятие (стимуляция сенсорных систем); память (поддержка кратковременной и долговременной памяти); структурирование дня; воздействие на дезориентацию; коммуникативные навыки; эмоции, настроение и чувства; личный интерес пациента. Работая с пациентами, которые имеют тот или иной тип деменции необходимо учитывать стадию прогрессирования заболевания - чем глубже стадия заболевания, тем важнее для пациента удовлетворить потребности более низкой ступени, вплоть до первичной потребности.

Поэтому необходимо создать модель поддержки, которая бы создавала ощущение безопасности, уверенности, ощущение нужности, напоминала пациенту о высших ценностях человечества. Пациенту с умеренной или глубокой деменцией необходимо создать ситуацию, которая будет приятной и знакомой для каждого члена нашего общества. Также, исходя из того, что долговременная память сохранена, пациент вспомнит и примет участие в беседе, особенно, если это касается его жизненного опыта; в случае серьезных интеллектуально-мнестических нарушений и речевых

(моторных) функций уже не способен говорить, то у пациента есть возможность выразить себя и свое отношение через творчество. Интерес и проблемы прослеживаются в беседе и поведении пациента и включаются в дальнейшее планирование занятий. При подборе тематики занятий также необходимо учитывать биографию пациентов, которая является важным источником информации для поведения терапии. Пациенты способны подолгу удерживать внимание на предметах, фотографиях, других атрибутах, которые они использовали в жизненном опыте.

Работа с пациентами проводится в групповом и индивидуальном формате. Групповая работа с дементными пациентами включает: темоориентированное терапевтическое занятие, тренинг поддержания социально-бытовых навыков, музыкальное (ритмическое) занятие.

Темоориентированное групповое занятие строится через выбор определенной темы и созданием всевозможных действий в смысловой связности и последовательности. Здесь целью ставится рассмотрение сочетания телесных, когнитивных, эмоциональных, смысловых и игровых элементов участников по разным каналам. Отсюда – выбор темы имеет решающее значение. Для занятий лучше брать темы, при использовании которых можно натолкнуться на глубокие воспоминания и знания, опирающиеся на жизненный опыт участников группы, а также активизацию способностей к переживанию. Цель работы формируется не из картины болезни в отдельности, а из возможностей и желаний пациента. Прежде всего важную роль играет желание в любви, ценностях, принадлежность к группе, а также желание быть уверенным, занимать центральное место в возникновении переживаний и затухания поведения, смягчить прогрессивность заболевания. Они часто не могут выразить свои потребности и найти пути к спокойствию. Удовлетворить эти потребности – существенная цель групповой работы с дементными больными.

Тренинг поддержания социально-бытовых навыков и структурирование дня («утренний круг»). Цель занятий – создание и поддержание расписания дня для нормализации суточного ритма.

Музыкальное (ритмическое) занятие. Цель занятия – использование ритма как первоэлемента. Участие в этих занятиях позволяет пациентам с деменцией получить информацию о собственном теле, подчеркнуть свои личностные границы, улучшить эмоциональный фон, снизить уровень тревоги. Здесь подразумевается активное участие пациентов. Характерная музыка активизирует долговременную память, обращает человека в приятную и знакомую ситуацию. Депрессивным пациентам музыкальное занятие даст возможность отвлечься от нагнетающих мыслей, снизить уровень тревоги, выразить себя, повысить самооценку. Пение также активно используется в работе с дементными пациентами, в особенности ориентируясь на композиции, которые непосредственно связаны с их прошлым.

Для занятий группы определяются по количественному и качественному составу (лучше смешать пациентов с разной стадией деменции). Группа может включать от 3 до 8 пациентов. Подбор пациентов проводится совместно с лечащим врачом и психологом. Занятия обычно проводят 2 специалиста и продолжительность сессии от 30 мин. до 1 часа. Продолжительность сессии – от 6 и более занятий. Сессия может начинаться с момента поступления и до выписки пациента из стационара. Практически на базе гериатрических отделений центра проведено 90 групповых и индивидуальных занятий, в которых было задействовано 168 пациентов.

Наши исследования в ходе занятий показали, что данная модель реабилитации способствует поддержке когнитивных способностей по принципу “здесь и сейчас”, развитию коммуникативных навыков и созданию социальных отношений при участии в групповых занятиях, влияет на долговременную память человека.

Таким образом, групповая работа позволяет провести комплексную терапию, ориентированную на нарушения в различных сферах пациента. Представленный опыт деятельности в отделениях психогериатрического профиля является ценным для становления данного направления работы в Центре психического здоровья и требует внимания со стороны специалистов разных областей и общества в целом. На основе вышеизложенного можно сказать, что в отличие от спонтанного подхода к реабилитации пациентов с деменцией наша работа носит системный характер с четкими целями последовательного проведения мероприятий и стандартной оценкой полученных результатов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Психиатрия позднего возраста, под ред. Робина Джекоби, Катрин Оппенгеймер, Киев, Сфера, 2001 год
2. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи под ред проф. ИЯ Гуровича, проф. О.Г. Ньюфельдта, Медпрактика-М, Москва 2007г.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., сторожкова Я.А., Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии, М., 2004
4. Брайнес Б. Определение эрготерапии. Философия эрготерапии.
5. В.Энтони, М.Косен, М.Фаркас "Психиатрическая реабилитация", Сфера, Киев, 2001, 298
6. Культуротерапия в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий. Методические указания по организации, формам и методам культуротерапевтической работы в психиатрических учреждениях. Донецк 1971 г. 87 с..
7. Яэль Шавит-Шутланд. "Перемены и изменения в психиатрической эрготерапии-размышления о шагах навстречу краткосрочной госпитализации. //Journal of Occupational Therapy. Vol. 4 №2, May 1995, p.53 – 61.

## ЭПИЛЕПСИЯ ГЛАЗАМИ ПСИХИАТРА

Скаскевич Н.П.

УЗ «Брестский областной психоневрологический диспансер»  
г. Брест, Республика Беларусь

Эпилепсия, известная человечеству много тысяч лет, не потеряла актуальности она и в наши дни. Актуальность этого заболевания обусловлена высокой распространенностью (1% населения), полиморфизмом проявлений, хроническим течением и ограниченными возможностями терапии (сложной курабельностью).

Не смотря на то, что медицинская наука располагает достаточно современным оборудованием для изучения патологических состояний организма, в том числе и пароксизмальных расстройств, в эпилепсии остаются открытыми немало вопросов, в том числе это касается и терапии заболевания. Так, из 40 млн. больных эпилепсией в мире, около 75% из них не получают адекватной фармакотерапии [1], у 30% больных припадки остаются рефрактерными и фармакорезистентными [2, 3]. Одним из факторов, предопределяющих фармакорезистентность припадков, согласно последним данным, являются психические расстройства [2].

Нет единого мнения среди медиков по поводу того, каким заболеванием является эпилепсия – неврологическим или психиатрическим. Среди многих неврологов бытует мнение, что эпилепсия проявляется пароксизмальными расстройствами и является неврологическим заболеванием [4]. Такой подход не отражает всего многообразия клинической картины данного заболевания и является односторонним не только в плане диагностики, но и терапии эпилепсии. Психиатры считают эпилепсию психическим заболеванием [5].

По определению ВОЗ: эпилепсия - хроническое заболевание головного мозга человека, характеризующееся повторными припадками, которые возникают в результате чрезмерных нейрональных разрядов и сопровождаются разнообразными клиническими и параклиническими симптомами [5]. Такое определение является, наверное, самым оптимальным в том плане, что не относит эпилепсию к какой-либо конкретной медицинской специальности и следует думать, предполагает участие в терапии различных специалистов в зависимости от показаний.

Эпилепсия проявляется основными 3-мя группами симптомов: пароксизмальными расстройствами или их эквивалентами, психотическими расстройствами и специфическими изменениями личности [5]. На современном этапе патоморфоза эпилепсии в клинической картине ведущее место занимают непсихотические формы психических расстройств. Часто встречаются случаи, когда при доброкачественных формах заболевания, не требующих