

разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (ИПР), основанная на медико-биологическом, психологическом и социальном аспектах.

Медико-биологический аспект реабилитации при ЛУО у детей связан с использованием этиотропной терапии (противовоспалительной, гормональной, иммунопротекторной), нейрометаболических (ноотропы, ангиопротекторы, дегидратация) и психотропных (нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, корректоры поведения) средств, симптоматического лечения (терапия сопутствующей патологии), ЛФК, массажа.

Психологический аспект реабилитации включает коррекцию коммуникативных нарушений, расстройств эмоционально-волевой и мотивационной сферы. Формируются социальные установки и культуральные навыки. Создаются новые адаптивные алгоритмы поведения в семье и школе. Существует преодоление стигмы болезни и инвалидности.

Социальный аспект реабилитации включает определение вида, режима, формы обучения и воспитания на основании заключений и рекомендаций ПМПК и КЭК. Проводится логопедическая коррекция. Коррекция социально-средовой ситуации направлена на улучшение системы социально-психологических отношений к ребенку-инвалиду в среде, где проходит его деятельность (образовательное учреждение, общественные организации и т.д.).

Заключение

Оптимальная оценка синдромов школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью на современном этапе осуществляется многопрофильной бригадой с участием детского психиатра, психолога, дефектолога, логопеда, социального педагога и других специалистов. Методической основой взаимодействия психиатра с другими специалистами в решении вопросов комплексной диагностики служит функциональный диагноз с рекомендациями индивидуального лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом ведущего синдрома школьной дезадаптации.

Литература

1. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия и экспертная психология: Научная монография. — Екатеринбург, Тезис, 2006; 368 с.
2. Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации; Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства. М., 1995; 8-11.
3. Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В., Гиндикин В. Я., Бадмаева В. Д. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. М., Медицинское информационное агентство. 2007; 488 с.
4. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. С.-Пб., Речь, 2003; 391 с.
5. Рычкова Л. С. Клиническая типология школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью; Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Томск, 2004; 42 с.
6. Чуркин А. А., Мартышов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М., Триада-Х, 2000; 232 с.

Психологическая характеристика осужденных несовершеннолетних с ранним органическим повреждением головного мозга

Л. В. Ситникова

ГУЗ «Пермская краевая клиническая психиатрическая больница №1», г. Пермь

Резюме

Целью данного исследования явилось установление психологических особенностей осужденных подростков, с ранним органическим повреждением головного мозга, отбывающих наказание за совершение повторных агрессивно-насильственных преступлений, имеющих ранний и длительный опыт их совершения.

Проведен сопоставительный анализ личностных особенностей подростков-правонарушителей осужденных за совершение повторных агрессивно-насильственных преступлений, имеющих индекс агрессивности (>25) с несовершеннолетними осужденными с ИА (<23). Выделенные органические особенности личности подростков, склонных к совершению повторных агрессивно-насильственных преступлений, могут быть использованы для современной диагностики социально опасных подростков, их раннего лечения и профилактики повторных правонарушений.

Ключевые слова: подросток-правонарушитель, агрессивность, диагностика, лечение.

Актуальность

В большинстве случаев тяжкие правонарушения, совершенные подростками правонарушителями, не являются «изолированными», поскольку включают разнообразные формы физического насилия и длительный опыт совершения общественно опасных деяний. Данное исследование особенно актуально для нашего региона, так как на Приволжский федеральный округ приходится 1/5 часть всех совершаемых молодежью России преступлений, из них треть носит тяжкий характер. Пермский край в этом списке занимает лидирующее положение. При этом существует риск трансформации детской агрессивности в анти-социальное поведение взрослых.

По результатам многих клинико-эпидемиологических исследований, у более чем 48% осужденных подростков наблюдаются нетяжелые последствия раннего органического поражения головного мозга, неврозоподобные и невротические состояния, социализированное расстройство личности, находящееся в стадии формирования расстройства личности, легкая умственная отсталость, наркомания, шизофрения в состоянии стойкой ремиссии и некоторые другие психические расстройства. В работах посвященных подростковой преступности, этот перечень дополняют специфические нарушения, связанные с аномально протекавшим пубертатным периодом [1,2].

Материал и методы исследования

Материалом послужили результаты экспериментально-психологического обследования, с помощью стандартизованного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), 90 подростков мужского пола, в возрасте 14-18 лет, с ранним органическим поражением головного мозга, отбывающим наказание в воспитательной колонии города Перми.

Для суждения о достоверности результатов использовался критерий Стьюдента. Как достоверным, трактовались различные признаки при $p < 0,05$. Для обработки статистических результатов использовался Microsoft Excel.

С помощью методики Басса-Дарка испытуемые были поделены на две группы. Основную группу составили 31 подросток с индексом агрессивности > 25 ; группу сопоставления 59 подростков имеющие индекс агрессивности < 23 .

В ходе исследования установлено, что в 51,24% случаев (46 чел., $n=90$) подростки осуждены за совершение противоправных действий с проявлением физической агрессии. Среди дан-

ных преступлений преобладали (71,8%, 33 чел., $n=46$) — разбой и грабеж.

В 67,7% случаев (21 чел., $n=31$, $p < 0,001$) особо опасных действий (ООД) совершали подростки основной группы. Подростков-правонарушителей группы сопоставления в 74,57% случаев (44 чел., $n=59$, $p < 0,001$) свойственно совершение имущественные преступлений.

В 64,4% случаев (58 чел., $n=90$) совершенные несовершеннолетними преступления оценивались средней и тяжелой степенью. Из них, каждое четвертое (41,1%, 11 чел., $n=46$) преступлений совершено проявлением физической агрессии, и оценивались тяжелой степенью. Установлено, что совершение тяжких агрессивно-насильственных преступлений, приводящих к смерти, либо тяжелым увечьям потерпевшего в 81,1% случаев (9 чел., $n=11$, $p < 0,001$) характерно лицам основной группы.

Обращает внимание, что испытываемые основной группы в 72,2% случаев (8 чел., $n=11$) при совершении агрессивно-насильственных преступлений использовали, для устрашения жертвы, холодное оружие (нож, кастет) либо любой попавшейся на глаза предмет (железный прут, лопата, топор и т.д.). Выявлено, что большинство преступлений совершенные лицами группы сопоставления в 87.7% (28 чел., $n=32$, $p < 0,001$) оценены легкой степенью тяжести.

Анализ личных дел осужденных подростков выявил, что почти половина (44,44%, 44 чел., $n=90$) от общего числа испытуемых имели повторные судимости, в 54.54% случаев (24 чел., $n=44$) за совершение агрессивно-насильственных преступлений. Среди них (20 чел., $n=24$, $p < 0,001$) преобладали подростки основной группы.

Установлено, что в 52,22% случаев (47 чел., $n=90$ пр.) совершенные подростками правонарушения носили организованный, планируемый характер. Лицам основной группы свойственна (88,11%, 27 чел., $n=31$) организация, целенаправленность действий во время совершения преступления. Причем нередко (20 чел., $n=31$ пр.) сами являлись организаторами и исполнителями преступлений. В отличие от преступлений совершенных лицами основной группы, преступления подростков группы сопоставления, как правило, (81,4%, 49 чел., $n=63$) носили групповой характер. В криминальной подростковой группе подросткам отводилась роль «исполнителя» и их поведение зависит от поведения референтной группы.

Из вышеизложенного следует, что подросткам основной группы с индексом агрессивности > 25 свойственны: организация, исполнение,

тяжких рецидивных агрессивно-насильственных преступлений.

Результаты исследования и их обсуждение

Экспериментально-психологическое обследование с помощью стандартизированного многофакторного метода исследования личности, показало наличие у подростков-правонарушителей высоких значений следующих характерологических шкал: гипертимность — у 44 (48,8%); ригидность — у 28 (31,2%); импульсивность — у 8 (8,8%).

У 39 (23,1%) осужденных отмечено завышение по нескольким характерологическим шкалам: импульсивности (4), ригидности (6), независимости (8). Завышение данных шкал в 77,7% случаев отмечено (30 чел., $n=39$) у лиц основной группы.

Оценка полученных результатов выявила, что большинство 67,7% (61 чел.) осужденных имели высокие показатели разных базисных шкал в пределе 67-75Т. Из всего контингента испытуемых подростков было выделено 4 группы.

По результатам исследования 1 группа оказалась самой многочисленной (69,4%, 39 чел., $n=61$). У осужденных подростков данной группы было отмечено завышение шкал импульсивности (4), ригидности (6), независимости (8), либо гипертимности (9), которые в совокупности с анамнестическим анализом испытуемых позволил выявить у подростков данной группы формирующееся органическое расстройство личности. Диагностическими критериями, которого явились: проявление патохарактерологических реакции (отказа, оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования со сверстниками) более 3-х лет; их выход за пределы той микросреды и ситуации, в которых они первоначально возникли; утрата частью проявлений психологически понятного; присоединение невротические реакций в виде колебания настроения, раздражительности, аффективной возбудимости; а также [3] склонности к их повторением по раз-

ным поводам одного и того же поступка (клише), что способствовало возникновению стойкой социально-психологической дезадаптации подростков. В ходе исследования было выявлено два варианта течения формирующегося органического расстройства личности.

Первое чаще (61%, 19 чел., $n=31$) отмечено у осужденных основной группы и имело эксплозивный тип; второе (34,4%, 20 чел., $n=59$) у лиц группы сопоставления, им, как правило, был свойствен смешанный (эксплозивно-гипертимный тип реагирования).

2 группу составили (37,3%, 23 чел., $n=61$) испытуемые, у которых выявлено завышение только по двум шкалам: импульсивности (4), гиперактивности (9), что указывает о наличии у них акцентуации черт характера по гипертимному типу. Заострение данных черт, как правило, отмечено в подростковом возрасте и отмечено только у лиц группы сопоставления. Акцентуация черт характера по гипертимному типу способствовала возникновению у испытуемых временных нарушений социальной дезадаптации и отклонения поведения.

3 группа была представлена (21,1%, 19 чел., $n=90$) испытуемыми у которых имелись значительно завышенные показатели разных базисных шкал: импульсивности (4), ригидность (6), независимость (8), в пределе 75Т>. Заострение особенностей характера позволило диагностировать у испытуемых органическое расстройство личности [4]. У подростков данной группы была выявлена значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху; изменение эмоционального поведения, характеризующее эмоциональной лабильностью, поверхностным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратко временными приступами злобы и агрессии; изменение сексуального поведения гипосексуальность либо изменение сексуального предпочтения. В 55,6% случаев выявлено органическое расстройство по эксплозивному типу, которое было отмечено у подростков основной группы и чуть реже в 44,4% случаев органическое расстройство личности по смешанному (эксплозивно-гипертимному) типу выявленное у лиц группы сопоставления.

У испытуемых 4 группы (22,2%, 20 чел., $n=90$) выявлено завышение только шкалы гипертимности (9) в пределе (56-66Т), что говорит о наличие у них характерологических особенностей в виде неустойчивости поведения, ценностей, интересов, тяги к сиюминутным удовольствиям, что и приводит к совершению преступления. Такое поведение, как правило, свой-

Таблица Показатели по методике СМИЛ в основной и контрольной группе

Шкала	Группа	Основная, $n=31$	p	Контрольная, $n=59$
L		50	-	50
F		60	-	60
K		45	-	50
1		57,9	$P<0,001$	50,7
3		56,1	$P<0,001$	52,6
4		62,3	$P<0,01$	61,3
6		68,4	$P<0,001$	58,8
8		64,7	$P<0,001$	60,6
9		62,7	$P<0,001$	65,0

ственно подростковому возрасту, довольно хорошо поддается перевоспитанию, при благоприятных условиях окружения и свойственно только подросткам группы сопоставления.

Выводы

Результаты собственных исследований показали, что подростки основной группы с ИА <25, склонные к совершению повторных агрессивно-насильственных преступлений имеют психические расстройства чаще в виде формирующегося расстройства личности, чуть реже органического расстройства личности по эксплозивному типу. Клиническими проявлениями, которых являются возбудимость, агрессивность, неуживчивость, несдержанность, ригидность, импульсивность, дисфоричность. Лечение данных нарушений поведения должно носить регулярный и комплексный характер [5, 6]. И как показала личная врачебная практика, одними из составляющих эффективного лечения являются норматимики, в частности в настоящее время хорошо зарекомендовал и потому широко используется финлепсин. Но, по моему мнению, в ближайшее время, более востребован-

ным будет его пролонгированный аналог — финлепсин ретард, который можно использовать не только в условиях стационара, но и как поддерживающее лечение при определении подростка в места лишения свободы.

Литература

1. Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Гиндикин В. Я., Макушкин Е. В., Морозова Н. Б. Клиническая и судебная подростковая псих. Под ред. проф. В. А. Гурьевой. М.: Генез, 2001; 480.
2. Шостакович Б. В. Горинев В. В. Агрессия, агрессивное поведение, криминальная агрессия лиц с псих. расстройствами. Агрессия и психические расстройства. Т.1. М.: РИО ФУТ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2006; 11-37.
3. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. Особ. агрессивного поведения в подростковом возрасте. Глоссарий терминов, относящихся к агрессивному поведению при психических заб. Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., 1999; 22-27.
4. МКБ-10/ICD -10 Психические расстройства и расстройства поведения (F00-99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ). М., 1998.
5. Лашис И. В., Макушкин Е. В. Принципы медико-социальной коррекции расстройств поведения и адаптации у подростков в учреждениях уголовно-исправительной системы. Подростки и молодежь в меняющемся обществе (проб. девиантного поведения). М., 2001; 97-100.
6. Можгинский Ю. Б. Психические болезни у подростков: психопатология, лечение: Клиническое руководство. М.: Триада-фарм, 2003; 224.

Коррекция неадекватного копинга у пациента с параноидной шизофренией атипичными антипсихотиками

А. П. Сиденкова

Уральская государственная медицинская академия, факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки, курс психиатрии, наркологии и психотерапии, г. Екатеринбург

Резюме

Одной из самых сложных групп психически больных являются пациенты с коморбидными психическими и наркогенными расстройствами. При курации этих больных необходимо учитывать их асоциальную направленность, высокий риск развития побочных эффектов от предлагаемой психофармакотерапии и наличие неадаптивных копинговых стратегий, приводящих к снижению комплаенса. Применение атипичных антипсихотиков у данных пациентов помогает решить ряд клинических проблем.

Ключевые слова: копинг у больных параноидной шизофренией, применение сердолекта при коморбидной психической и наркогенной патологии.

Введение

Увеличение случаев наркотизма среди населения, наблюдающееся в последние десятилетия, ведет к росту числа больных шизофренией, злоупотребляющих психоактивными веществами [1, 2]. Этот особый контингент пациентов с коморбидной патологией характеризуется рядом клинических и психосоциальных особенностей: тенденция к оппозиции в отношении требований социальной среды, низкий

уровень комплаентности, формирование определенных устойчивых копинговых стратегий с использованием психоактивных веществ для «нормализации» психических процессов. Неадекватность защитно-компенсаторных реакций приводит к выраженной социальной и клинической дезадаптации этих больных, они являются «трудными» для врачей, наблюдающих их на всех этапах оказания психиатрической помощи. Наблюдения [1, 4] показывают, что эти пациенты особо чувствительны к

А. П. Сиденкова — к. м. н.