

диктованными мифологией, и психиатрическими реалиями. Поэтому в работе с больными, в особенности в первых контактах с ними, считаясь с мифологией как с социально-психологической реальностью, мы не должны напрямую противодействовать ожиданиям пациентов. Следует постепенно, в соответствии с законами психотерапии, заменять мифологические представления индивидуумов на отвечающие реальности. В-четвертых, обязательным представляется не только коренная реабилитационно-центрированная реорганизация работы психиатрических больниц, но и развитие системы различных дифференцированных по своим задачам внебольничных психиатрических учреждений, включая организацию так называемой внедиспансерной психиатрической помощи в обще-медицинских учреждениях. Параллельно этому встает вопрос о дальнейшем развитии и расширении при обслуживании психически больных психотерапевтической (врачи-психотерапевты) и социальной (специалисты по социальной работе и социальные работники) служб, организуемых на разных этапах психиатрического наблюдения за больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО- ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

А.А. Крашина, А.В. Пельмский

Бюро № 6 ФКУ «Главное бюро МСЭ
по Тюменской области», г. Тюмень

E-mail авторов: filial6_ruk@msetyumen.ru

В практике экспертов медико-социальной экспертизы специализированного психиатрического бюро МСЭ встречаются достаточно часто случаи освидетельствования с целью установления группы инвалидности граждан, совершивших общественно-опасные деяния, в отношении которых вынесено судебное решение.

Цель работы: изучить структуру инвалидности вследствие психической патологии среди больных, совершивших общественно-опасные деяния.

Материалом для исследования послужила статистическая база данных инвалидов вследствие психических расстройств старше 18 лет, прошедших освидетельствование в бюро МСЭ №6 психиатрического профиля ФКУ «Главное бюро МСЭ по Тюменской области» в 2008-2011 гг.

Методы исследования: статистический, ретроспективный анализа.

Результаты исследований.

В течение 2008-2011 гг. число лиц, прошедших освидетельствование в бюро МСЭ №6, находящихся в местах лишения свободы составило в динамике 25 – 28 – 19 – 14 человек. У части больных установлено наличие стойких выраженных нарушений психических функций, что явилось основанием для установления 2 группы инвалидности. Их доля составила в

динамике 16% – 36% – 21% – 14%, в среднем 22%. Речь идет о больных с выраженными психическими нарушениями, имеющими ограничения способности к общению, контролю за своим поведением, в некоторых случаях к ориентации – 2 степени. Однако эти больные-инвалиды признаны судом вменяемыми.

Попадая в пенитенциарную систему, психически больной человек оказывается неготовым к «царящей» здесь системе ценностей и иному характеру отношений. Жизнь по тюремным правилам для категории психически больных оказывается совершенно недоступной для понимания в силу снижения интеллекта, из-за особенностей восприятия происходящего. Больные не могут усвоить действующие порядки и, как следствие, способны занять лишь низшие ступени иерархической лестницы. Время реабилитации больного, таким образом, увеличивается на неопределенный срок. Оптимальным является помещение таких больных в психиатрический стационар, где они изолированы от общества, находятся в знакомой среде. Специально созданные условия, контроль за состоянием здоровья, возможность своевременного и адекватного лечения позволяют максимально использовать возможности коррекции поведения больного.

Изучены статистические показатели, касающиеся лиц, совершивших преступления и признанных судом невменяемыми, в связи с чем, направленных на принудительное лечение. Их число в течение исследуемого периода в динамике составило 183 – 187 – 125 – 95 человек. Предполагается, что у лиц, признанных невменяемыми, имеются выраженные нарушения психических функций и, соответственно, у них должны быть основания для установления инвалидности 2 группы. Однако по результатам освидетельствований в данной группе больных есть инвалиды с умеренными и незначительными нарушениями психических функций, которые признаны инвалидами 3 группы, либо у них вообще нет оснований для признания их инвалидами. Доля таких больных составила 6% – 3% – 20% – 33%, в среднем – 16%. Отмечается рост удельного веса больных, совершивших общественно-опасные деяния, находящихся на принудительном лечении, при этом имеющих незначительные или умеренные нарушения психических функций. Эта категория больных должна находиться не на лечении, а отбывать реальный срок за содеянное.

При изучении структуры заболеваний среди освидетельствованных с психической патологией, отбывающих наказание, установлено, что на долю больных шизофренией приходится 4% – 7% – 5% – 7% (в среднем – 6%); на долю больных с олигофренией – 72% – 77% – 63% – 57% (в среднем 67%); удельный вес больных с органическим поражением головного мозга составил 24% – 16% – 32% – 36% (в среднем – 27%). При этом следует отметить, что больные шизофренией находятся зачастую в остром психотическом состоянии, не получая необходимой медицинской помощи.

При изучении структуры заболеваний у лиц с психической патологией, находящихся на принудительном лечении, установлено, что на долю больных шизофренией приходится 51% – 49% – 57% – 57% (в

среднем – 54%), на долю больных с олигофренией – 32% – 34% – 27% – 26% (в среднем 30%); удельный вес больных с органическим поражением головного мозга составил 15% – 13% – 14% – 14% (в среднем – 14%).

Если среди лиц, находящихся на принудительном лечении 54% больных шизофренией не вызывает сомнений, то 6% больных с шизофренией среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, вызывают определенный вопрос.

Также вопрос вызывают и больные с умственной отсталостью. Среди олигофренов, отбывающих срок, лица с выраженной дебильностью и имбецильностью составляют до 27%; среди проходящих принудительное лечение больных с аналогичной патологией – в среднем 52%.

Выводы.

Среди освидетельствованных с психическими нарушениями, находящихся в местах лишения свободы и признанных судом вменяемыми, 22% больных признаются инвалидами 2 группы; 6% страдают шизофренией и требуют активного лечения; 27% страдают олигофренией в степени выраженной дебильности или имбецильности.

Среди освидетельствованных с психическими нарушениями, находящихся на принудительном лечении и признанных судом невменяемыми, до 16% больных имеют незначительные или умеренные нарушения психических функций и, по нашему мнению, должны отбывать наказание.

Хотелось бы обратить внимание не столько на больных, необоснованно, по нашему мнению, находящихся на принудительном лечении, сколько на тех, которые находятся в местах лишения свободы. Эти больные-инвалиды не должны подвергаться наказанию, а должны получать своевременную адекватную специализированную психиатрическую помощь.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ (КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЛЕЧЕНИЕ)

Р.Т. Кулиев, В.А. Руженков

Белгородский ГНИУ, Россия

E-mail авторов: ruznenkov@bsu.edu.ru

Физиологически протекающая беременность оказывает определенное влияние на психику женщины (Кочнева М.А., 1990) и рассматривается как кризисная ситуация (Анфиногенова Н.Г., 1986; Кочнева М.А., 1990; Айламазян Э.К., 1993; Ringler M., 1981). Считается, что при первой беременности сам факт ее возникновения создает большие психологические проблемы – у 70% женщин обнаруживаются нарушения психического статуса, преимущественно невротического регистра (Кочнева М.А., 1990), значительную часть среди которых составляют депрессивные расстройства (Kelly R.H. et al., 2001; Bennet H.A. et al.,

2004). Несмотря на наличие публикаций о психическом статусе беременных, до настоящего времени не выяснена клиническая структура психических расстройств при физиологически протекающей беременности, не уточнена роль индивидуально-личностных, социально-средовых и эндокринных факторов в их генезе и динамике. В связи с этим целью исследования была разработка рекомендаций по лечению психических расстройств у беременных на основе верификации их клинической картины.

Для реализации поставленной цели нами в течение 2010-2011 гг. клинко-психопатологическим и психометрическим методами обследовано 450 женщин с беременностью, протекающей без серьезных осложнений на всем ее протяжении. Установлено, что в 121 (26,9%) случае диагностировались клинически очерченные психические расстройства: в большинстве случаев – 63 (14,0%) невротические, связанными со стрессом и соматоформные расстройства, на втором месте 2,9% – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, третьем – 2,7% случаев – аффективные расстройства настроения, несколько реже – 2,4%, органические, включая симптоматические психические расстройства. Реже диагностировались: алкоголизм 1-2 клиническая стадия (2%), шизофрения и шизотипическое расстройство (1,1%) и легкая умственная отсталость (1,8%). Характерной особенностью выявленных психических расстройств оказался тот факт, что в большинстве случаев 100 (73,0%) они формировались задолго до настоящей беременности и подавляющее большинство – 65 (65%) пациенток не обращались к врачу-психиатру государственной психиатрической службы. Установлено, что значительная часть выявленных психических расстройств отражает известную распространенность их в населении (алкоголизм, расстройства личности, аффективные расстройства настроения, шизофрения и шизотипические расстройства).

При органических психических расстройствах, представленных отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы с неврозоподобным и психопатоподобным синдромом после начала беременности на фоне астении и эндокринных сдвигов наблюдалось обострение симптоматики, подавленное настроение и тревога.

При алкоголизме, в силу запрета употребления алкоголя (лечение, «кодирование», угроза разрыва отношений) и определенной социальной изоляции возникали тревожно-субдепрессивные адаптационные реакции, требующие психофармакологической коррекции (антидепрессанты группы СИОЗС и ноотропы).

При эндогенных психических расстройствах (шизофрения, аффективные расстройства настроения) при нормально протекающей беременности, сама беременность не приводила к обострению, а имеющиеся психические расстройства подчинялись внутренней логике развития.

При невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах социальные фобии и специфические (изолированные) фобии формировались задолго до беременности (в детском и подрост-