

УДК 616.89

Агнаева Полина Николаевна

в.и.о. главный врач.

ГБУЗ Специализированная психиатрическая
больница № 6 Минздрава Краснодарского края

Spb6@miackuban.r

Бурляй Валентина Эдуардовна

зам. главного врача по лечебной части.

ГБУЗ Специализированная психиатрическая
больница № 6 Минздрава Краснодарского края

Spb6@miackuban.ru

Руденко Александр Иванович

Заведующий отделением.

ГБУЗ Специализированная психиатрическая
больница № 6 Минздрава Краснодарского края

Spb6@miackuban.ru

Polina N.Aгнаeva

acting chief physician.

State budgetary healthcare institution

"Specialized Psychoneurological Hospital No. 6"

of the Ministry of Health of Krasnodar Krai

Spb6@miackuban.r

Valentina E.Burlyai

deputy chief physician on medical work.

State budgetary healthcare institution

"Specialized Psychoneurological Hospital No. 6"

of the Ministry of Health of Krasnodar Krai

Spb6@miackuban.ru

Aleksandr I. Rudenko

Head of the Department.

State budgetary healthcare institution

"Specialized Psychoneurological Hospital No. 6 "

of the Ministry of Health of Krasnodar Krai

Spb6@miackuban.ru

СОЦИАЛЬНО - СРЕДОВЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

SOCIO - ENVIRONMENTAL AND PERSONAL FACTORS IN THE FORMATION OF MENTAL DISORDERS

Аннотация. В данной статье рассмотрена концепция о взаимодействии социально-средовых и личностных факторов при формировании психических

расстройств. Неблагополучные экономические и политические условия жизни ведут к психическому напряжению, невротизации и дезадаптации. По материалам собственного исследования проведен клинико-дифференцированный анализ влияния основных социальных условий жизни на больных, проходивших стационарное лечение в одном из отделений ГБУЗ СПб № 6.

Ключевые слова: *социум, личность, дистресс, фрустрация, синдромокомплекс, аутоагрессия, агрессия, дезадаптация.*

Abstract. *This article discusses the concept of the interaction of socio-environmental and personal factors in the formation of mental disorders. Unfavorable economic and political conditions of life lead to mental stress, neurotic fears and maladjustment. According to the materials of our own researches clinical differential analysis of influence of the basic social conditions of life in patients who underwent inpatient treatment in one of the departments of SPH No. 6 is made.*

Keywords: *society, personality, distress, frustration, complex of syndroms, auto aggression, aggression, maladjustment.*

Социально – средовые и личностные факторы, как известно, тесно взаимодействуют при формировании психических расстройств и патологии личности. Выделение этой концепции было связано с деятельностью отечественных психиатров (И.П. Мережеевский, 1889; Ф.Е. Рыбаков, 1906; В.М. Бехтерев 1927 и другие). Ф.Е. Рыбаков впервые внедрил в психиатрическую практику термин «социальные факторы», обозначил их «стрессовыми» и сопоставил с понятием «психическое здоровье». Он писал: «Неблагополучные экономические и политические условия жизни ведут к психическому напряжению, невротизации и дезадаптации».

В последующем механизмы взаимосвязи социальных условий жизни (социума) и личностных (уязвимых) особенностей изучались многими исследователями, были адаптированы в клинической психиатрии при формировании психических расстройств и были выделены как ведущие (О.В. Кербиков, 1950; В.Н. Мясищев, 1960; М.М.Кабанов; Ц.П. Короленко, 1991; В.Я Семке, 1992; В.Н. Краснов, 1992 – 1995; Т.Б. Дмитриева, 1995 – 2003).

С 1980-х годов в отечественной клинической психиатрии выдвинулось новое направление – **социальная психиатрия**, которая изучает связь социально – неблагоприятных факторов (экономических, политических, социо-стрессовых) с патологией личности, особенно в форме деструктивных расстройств. По мнению Т.Б. Дмитриевой (2001): «Нездоровое (социально неблагоприятное) общество порождает психическое нездоровье».

Целью данной работы явилось:

1. Теоретическое изучение концепции социо-средового и личностного фактора при формировании психических расстройств.
2. Клинико-дифференцированный анализ 351 пациента мужского пола в возрасте 15 – 60 лет, жителей сельских районов Краснодарского края, проходивших лечение в одном из отделений ГБУЗ СПб № 6.

Обследование проводилось по форме карты, составленной для прицельного выявления основных социальных условий жизни (семейно-бытовых, системы межличностных отношений).

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПАТОЛОГИИ ПРИ СОЦИО-ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

При этих расстройствах выделены следующие механизмы этиопатогенеза в форме следующих биологических моделей и «пусковых» факторов:

1. Биологическая предрасположенность личности: а) унаследованные или приобретенные акцентуированные особенности в форме: сенситивных (повышенно чувствительных, эмотивных) или психастенических (тревожно-мнительных), шизоидных; б) дисгармоничных (эпилептоидных, паранойяльных, резидуально-органических); в) психически незрелых (инфантильных), выделены по классификации акцентуаций К. Леонгарда (1864) и А. Личко (1977).

2. Биологическая (адаптационная) уязвимость, касающаяся системы гипоталамус, гипофиз, надпочечники: дефицит или измененное равновесие нейротрансмиттеров (катехоламинов – адреналина, норадреналина, дофамина, серотонина), связанных с нарушением возбуждения на синаптическом уровне. Из-за этого: а) нарушается гипоталамо-лимбический синхронизм (адекватное оформление психической, эмоциональной деятельности); б) продукция биологически активных веществ выходит из-под контроля, они становятся токсичными, агрессивными; в) происходит блокада синапсов, гибель нейронов, резкое истощение уровня эндорфинов и опиатной системы. Такая патология высших мозговых структур дезорганизует психику в состоянии эмоционального напряжения и неадекватного функционирования в системе кортико-висцеральных соотношений, нарушении гомеостаза и других биологически важных функций.

3. Унаследованная патология: патогенез таких болезней запускается самопроизвольно по механизму саморазвития (согласно классической концепции патогенеза всех болезней И.В. Давыдовского (1930 –1950) и Г.Н. Крыжановского (1997).

4. Приобретенная патология: экзогенно-органическая; согласно концепции К. Бонгеффера (1868 – 1948) - известного немецкого психиатра. В 1910 году он обосновал учение об экзогенном типе реакции. Суть его заключается в том, что организм человека на разного рода патогенные вредности реагирует стандартно-стереотипными механизмами в форме условно-рефлекторных реакций. К. Бонгеффер утверждал, что симптомы неблагополучия, которые мы называем болезнями, фактически являются лишь реакциями организма, причем неспецифическими. Такой подход отражает целостность реагирования психики на разного рода патогенные вредности.

5. Энергодефицит, иммунодефицит.

6. Основные формы патогенеза: а) нарушение обменных процессов; белкового, углеводного, жирового, минерального; б) нарушение окислительно-восстановительных процессов; в) нарушение кровообращения мозга за счет

недостаточности альвеолярного дыхания (гипоксия, накопление углекислоты, шлаков, нарушение тканевого дыхания); г) аутоинтоксикация (токсические метаболиты, аммиак и другие).

7. Поражение тканей внутренних органов, головного мозга обструктивным процессом (шлаковое, атрофическое, дистрофическое поражение).

8. Психоаналитическая концепция болезней: экстремально-стрессовая, дистрессовая, фрустрация, диссоциация, конверсия.

Выдающийся отечественный морфолог, патофизиолог, академик И.В. Давыдовский (1930-1950) создал классическую концепцию патогенеза органической (психосоматической) единой болезни. Он впервые показал, что:

1. Факторы: реактивности, резистентности, иммунитета создают единство внутренней среды организма – гомеостаз – универсальный механизм защиты от любых вредностей.

2. На разные этиологические факторы, независимо от их происхождения (инфекций, травм и др.), организм реагирует единым патогенезом.

3. Патологические изменения в тканях носят множественный (полиморфный) характер и имеют негативную тенденцию к самодвижению, саморазвитию и даже саморегуляции, что подтверждает теорию полиморфизма (то есть – единой болезни).

Согласно концепции Г. Н. Крыжановского (1997), все основные заболевания являются болезнями мозга. В ситуации иммунодефицита патогенез болезни может выйти из-под контроля. Пирогены и токсины начинают себя вести агрессивно.

Выделено три стадии течения скрыто протекающего болезненного процесса: а) дисциркулярный – по типу эндоартериита, васкулита, поражается система капилляров мозга по механизму спазма (динамические нарушения мозгового кровообращения, кризы); б) местно – воспалительный процесс по типу энцефалопатического; в) дегенеративно – дистрофический с переходом на мозговую ткань в форме органического (психоорганического). При всех этих стадиях соматические расстройства протекают по типу факультативных.

Роль гипоталамуса и лимбической области в регуляции (физиологии) и патологии соматических функций (В. Бройтигем, 1999).

В целом лимбическая система выполняет функциональное единство: активирующие и моделирующие функции и объясняет все теории происхождения психосоматических заболеваний. Эту систему можно назвать органом управления, соматическим выражением эмоций.

Гипоталамус, его физиологические функции (совместно с ретикулярной формацией): энергетическое обеспечение организма, регуляция всех видов обмена веществ, симпатическая – парасимпатическая деятельность всех внутренних органов, рост и развитие организма, гомеостаз, биологическая мотивация, биоритмы, трофическая функция и другие. Патология этих систем является причиной почти всех заболеваний, которые можно рассматривать как единое соматическое заболевание, место преломления всех врачебных специальностей.

Синдромы этих расстройств:

1. **Полиморфный эндокринный синдромокомплекс** (в сочетании с вегетативными расстройствами): гормональные расстройства, ожирение или истощение, органическая астения, ранняя инволюция (климакс), сексуальные расстройства, аллергия, кожные заболевания, все доброкачественные опухоли и др..

2. **Полиморфный органический синдромокомплекс**: органические поражения головного мозга сосудистого, травматического и другого генеза, трофические расстройства, невриты, дегенеративное поражение ЦНС.

3. **Психосоматический синдромокомплекс**: патология всех внутренних органов, функциональные и хронические соматические заболевания, вегето-сосудистые расстройства, соматические синдромы.

По данным исследований, проведенных в отделе шизофрении СПб – психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (В.Д. Вид (2001), выделена экзогенно- органическая концепция шизофрении, в частности:

1) неубедительность известных теорий эндогенного происхождения шизофрении.

2) сформирована связь патоморфоза шизофрении (атипичного течения) с экзогенно-органической (психоаналитической) концепцией, общепризнанной в психиатрии, выявлена специфическая уязвимость индивида.

3) действия стрессового фактора (стресс – диатеза, сформированного J.Lubin, 1977, 1985) – ранимость, предрасположенность.

4) диффузное (дегенеративное) поражение лобно-височных долей мозга, атрофия коры (до 35 %) и другие, по типу органических;

5) расширение желудочков мозга, экстрапирамидные расстройства.

Подобная точка зрения прослеживается по литературным данным. Так, исследованиями J. Stram et al (1981), Н. И. Озеровой с соавторами (1983), генетическая теория шизофрении не отвергается, её статистическая достоверность может достигать лишь пределов 30 – 50 %% (по линии матери), других родственников (не превышает 10%).

Крепелиновские формы шизофрении с прогрессивным течением также не коррелируют с наследственными генами шизофрении (К. Kendler et al, 1988).

По данным В.Д. Вид (2001), недостаточность генетической теории шизофрении позволяет предположить возможность ее формирования за счет воздействия двух факторов: биологических (органических) и психосоциальных (психогенных).

Прослежена роль социальных стрессов, как одного из факторов, обуславливающих манифестацию шизофренического процесса (R. Chung et al., 1986), а так же роль экзогенных факторов (М.Л. Аграновский, К. Т., Сарсембаев, 1989).

Психогенные факторы, не объясняя полностью этиологию шизофрении, во многом определяют ее течение (Н. Naefner, 1987).

Тесная связь биологического и социального проявляется в шизофрении в том, что психические расстройства в значительной степени выступают в виде нарушения межличностных взаимоотношений, в частности, в формах антисоциального поведения.

По данным Ю.А. Каргополова, М. И. Марцевич (1983) прослежена тесная связь личностной структуры с мотивацией деятельности, социальным окружением. Эти расстройства, исходя из такой связи, нередко носят характер патохарактерологического развития.

При экспериментально – патопсихологическом обследовании выявлены психологические механизмы дефекта личности.

1. На ранней стадии отмечается расстройство:

а) деятельности органов чувств (слуховых, зрительных, цветовых, ассоциативных);

б) механизма аутоидентификации сенсорных раздражителей;

в) механизма объединения зрительных образов в последовательность действий;

г) неадекватное эмоциональное восприятие внешне-средовых факторов.

2. На стадии становления (стабилизации) болезненного процесса:

а) искаженное восприятие внешнего мира (не могут понять в целом и в последовательности окружающую обстановку, характерны явления дереализации и деперсонализации с искаженным восприятием себя);

б) нарушение внутренней картины болезни, что объясняет аутизацию и другие переживания;

в) характерно не формирование слабоумия, а крайне низкий уровень мотивации, что является следствием дезорганизации психической и продуктивной деятельности, разных проявлений синдрома абулии (волевого дефекта только лобного мозга), также – сопутствующей инфантилизации, торможения биологических влечений и механизмов психологической защиты (регресса);

г) эмоциональные расстройства возникают из-за дезорганизации лобно-лимбических и гипоталамических структур: высокий уровень тревожности, неадекватность эмоционального реагирования, вплоть до аффективной разрядки глубинных механизмов (агрессивных и других);

д) расстройство функции подсознания (неосознаваемых мотивов), в форме: рефлексии, феноменов психического автоматизма;

е) признаки органической астении, снижение или отсутствие адекватной самооценки и другие.

Из изложенного видно, что концепция атипичного развития шизофрении, прослеженная с периода Е. Блейлера (1911), имеет важную клинико-динамическую тенденцию к прогрессированию в форме патоморфоза (полиморфной синдромологии) с признаками:

а) усиливающегося отхода от шизофреноподобной симптоматики в сторону органического (или личностного) акцента;

б) возрастающей роли экзогенно-органических (реактивных и других) факторов в их генезе с формированием психопатологии по механизмам

диссоциации (или конверсии). В целом это не только утверждает правильность психоаналитической концепции современной психиатрии, как ведущей, но и создает гарантированные предпосылки, как для диагностики шизофренических расстройств, так и для их адекватной коррекции.

Результаты собственного исследования.

Цель: Выявление связи социо-средовых (бытовых) факторов при формировании (обострений) психических расстройств у пациентов – жителей сельских районов Краснодарского края, обслуживаемых ГУЗ СПб № 6.

Объект исследования: 351 пациент, мужского пола, 15 - 65 лет, проходивших стационарное лечение в общепсихиатрическом отделении за 2004 год.

Методы исследования: клинический (психиатрический): определение психического состояния в динамике и личностных акцентуаций по клиническим признакам (А.Е. Личко, 1983).

Распределение пациентов по клиническим формам заболеваний.

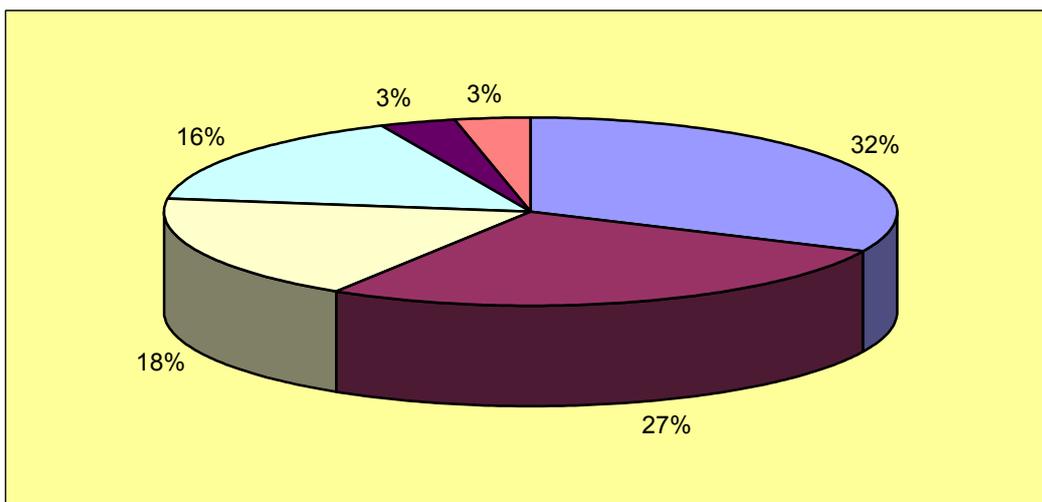
Исследуемые пациенты распределились по следующим клиническим вариантам:

1. Формы шизофрении с хроническим течением (F 20 – 20.6) – 112 чел. (31,9 %).
2. Органические расстройства личности – 95 чел. (27,1 %).
3. Умственная отсталость легкой степени со значительными нарушениями поведения - (F 70) – 64 чел. (18,2 %).
4. Синдром отмены алкоголя с делирием (F 10.4) – 57 чел. (16,2%).
5. Расстройства личности в связи с эпилепсией (F 06.42 – 06.72) – 12 чел. (3,4 %).
6. Прочие заболевания: 11 чел. (3,2 %), включающие:
 - а). Посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1) – 4 чел.
 - б). Острая реакция на стресс (F 43.0) – 4 чел.
 - в). Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F 60.31) – 2 чел.
 - г). Биполярное аффективное расстройство (F 31) – 1 чел.

Соотношение пациентов по количественному составу заболеваний представлено в диаграмме № 1, из которой наглядно видно, что наибольшую группу составили пациенты с разными формами шизофрении, в наименьшую группу вошли пациенты с прочими заболеваниями.

Диаграмма № 1. Количественный состав заболеваний (в %%).

ЗАБОЛЕВАНИЕ	Аб. число	%%
Формы шизофрений с хроническим течением.	112	31,90%
Органические расстройства личности	95	27,10%
Умственная отсталость легкая со значительными наруш. повед.	64	18,20%
Синдром отмены алкоголя с делирием	57	16,20%
Расстройство личности в связи с эпилепсией	12	3,40%
Прочие	11	3,20%
	351	100%



Причины для госпитализации пациентов представлены в таблице № 1, из которой видно, что основным поводом для их госпитализации в психиатрический стационар были:

- а). Психические расстройства, связанные со злоупотреблением алкоголя (59,2%);
- б). Выраженная декомпенсация психического состояния (32,9%).

Таблица № 1. Причины для госпитализации пациентов.

В обеих группах психические расстройства формировались на фоне биологической предрасположенности (органической «почве»), личностной патологии (аномалии, заостренной акцентуации) и сопровождались различными формами нарушенного поведения и асоциальными установками.

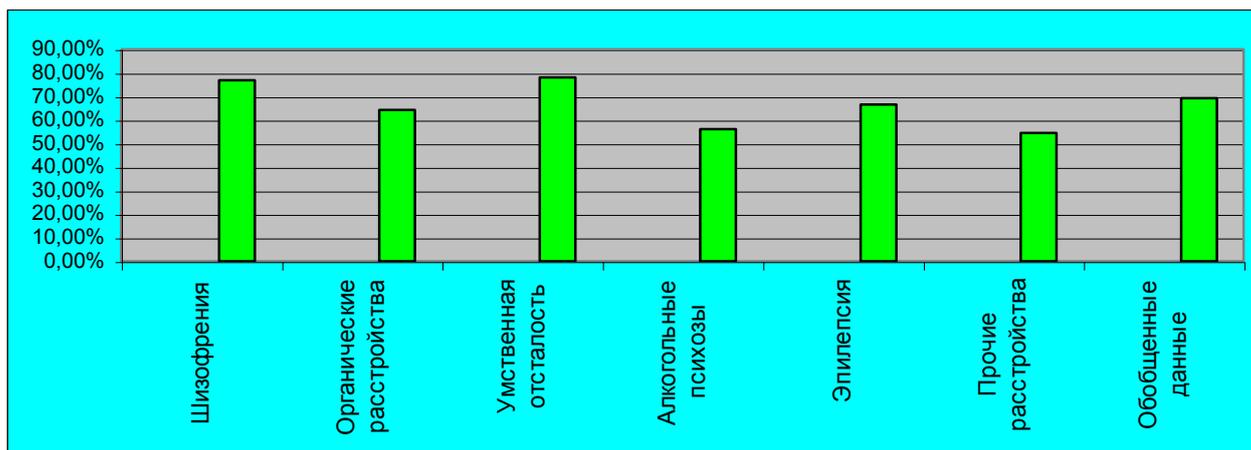
(см. таблицу № 2 и диаграмму № 2).

ЗАБОЛЕВАНИЕ	Определение суда	Направление МСЭ	Псих. расстройства, в связи со злоупотреблен. алкоголя	Выражен. декомпенсации псих. состоян.
Формы шизофрении с хрон. течением.	(10 чел.) 8,90%	(0) 0%	(59 чел.) 52,70%	(43 чел.) 38,40%
Органические расстройства личности	(1 чел.) 1,05%	(1 чел.) 1,05%	(53 чел.) 55,80%	(40 чел.) 42,10%
Умственная отсталость легкой степени со значит. наруш. поведения	(6 чел.) 9,40%	(9 чел.) 14,10%	(34 чел.) 53,10%	(15 чел.) 23,40%
Синдром отмены алкоголя с делирием.	(0) 0%	(0) 0%	(56 чел.) 98,30%	(1,7 чел.) 1,70%
Расстройства личности в связи с эпилепсией	(0) 0%	(1 чел.) 8,30%	(2 чел.) 16,60%	(9 чел.) 75%
Прочие псих. расст – ва	(0) 0%	(0) 0%	(4 чел.) 36,36%	(7 чел.) 63,63%
Итого:	(17 чел.) 4,80%	(11 чел.) 3,10%	(208 чел.) 59,20%	(115 чел.) 32,90%

Таблица № 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПО СКЛОННОСТИ К АГРЕССИВНОСТИ И БЫТВЫМ КОНФЛИКТАМ.

Формы шизофрении с хроническим течением	(86)	76,80%
Органические расстройства личности	(61)	64,20%
Умственная отсталость легкой степени со значит. наруш. поведения	(50)	78,10%
Синдром отмены алкоголя с делирием	(32)	56,10%
Расстройства личности в связи с эпилепсией	(8)	66,60%
Прочие расстройства	(6)	54,50%
Итого:	(243)	69,23%

Диаграмма № 2. Показатели агрессивности.



Из таблицы № 2 (диаграммы № 2) видно, что склонность пациентов к агрессивности и бытовым конфликтам оказалась довольно высокой (в среднем до 70 %).

По данным анамнеза, сведений, полученных от родственников, сопроводительных медицинских документов известно, что высокая склонность к агрессивности, бытовым конфликтам была свойственна большинству пациентов и стимулировалась алкоголизацией и дезорганизацией социума.

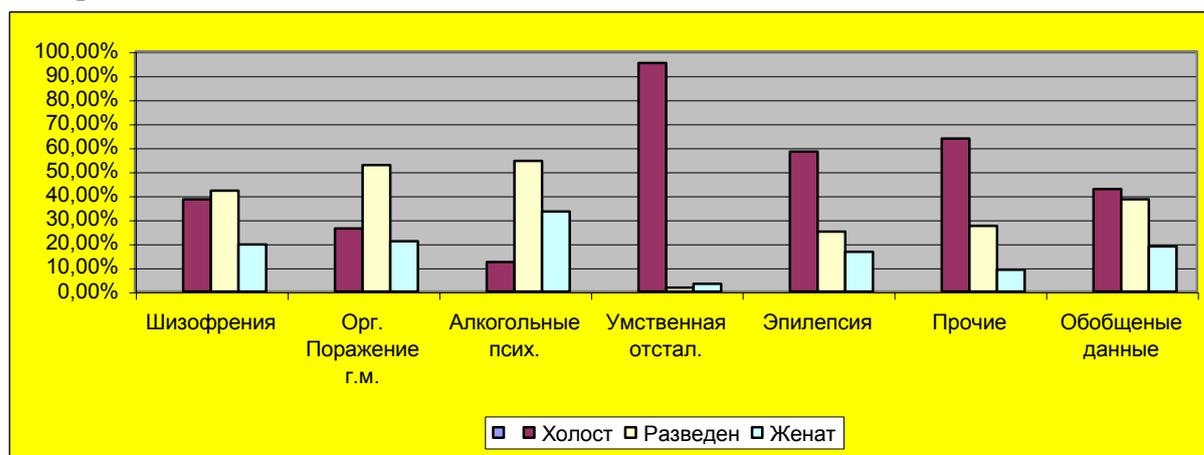
Основные неблагоприятные социологические показатели обследованных пациентов.

В таблице № 3 и диаграмме № 3 приведены показатели семейного положения пациентов, из которых видно, что, около 82% указанных лиц не состоят в браке (42,73% - 150 чел. – холостые, 38,46% - 135 чел.- разведены), состоят в браке лишь 18,8% - 66 чел., что в целом свидетельствует о социально-биологической несостоятельности этих личностей, дезорганизации мотивации и быта, нарушении трудовых навыков (невозможность материально поддерживать семью и другие). Большинство из них проживает с родителями или родственниками. Лица, состоявшие в браке, характеризовались формальным отношением к семье и близким, неспособностью адекватным образом (материально и морально) поддерживать семью. Из них 52,7% - 185 чел. имеют своих детей.

Таблица № 3. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ.

Заболевание	Холост		Разведен		Женат	
Формы шизофрении с хрон. течением	(43)	38,40%	(47)	42,00%	(22)	19,60%
Органические расстройства личности	(25)	26,30%	(50)	52,70%	(20)	21%
Синдром отмены алкоголя с делирием	(7)	12,30%	(31)	54,40%	(19)	33,30%
Легкая умст. отстал. со знач.расстр. поведения	(61)	95,20%	(1)	1,60%	(2)	3,20%
Расстройства личности в связи с эпилепсией	(7)	58,30%	(3)	25%	(2)	16,60%
Прочие	(7)	63,70%	(3)	27,30%	(1)	9,09%
Итого :	(150)	42,70%	(135)	38,40%	(66)	18,80%

Диаграмма № 3. Семейное положение.



В таблице № 4 (диаграмме № 4) и таблице № 5 (диаграмме №5), представлены сведения о трудоспособности пациентов (их занятости трудовой деятельностью в сравнении настоящего периода, с периодом до начала перестройки). Из указанных таблиц и диаграмм видно, что трудовая деятельность пациентов до периода перестройки отличалась достаточно высокими показателями работоспособности (74,4 % работали в сравнении с не работающими – 25,9 %); причем работали: 96,5% - с алкоголизмом; 87,4% - с органическими расстройствами личности, 87,5% - с шизофренией; 33% - с эпилепсией; 20% - с умственной отсталостью легкой степени - в условиях сельскохозяйственного производства.

На настоящий период работающих пациентов оказалось лишь 4,8%; а не работающих 95,1%.

Таблица № 4. ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД «ДО ПЕРЕСТРОЙКИ»

ЗАБОЛЕВАНИЕ	Работал		Не работ.	
1. Формы шизофрении с хроническим течением	(98)	87,50%	(14)	12,50%
2. Органические расстройства личности	(83)	87,40%	(12)	12,60%
3. Умств. отсталость легкая со знач. наруш. поведения	(13)	20,30%	(51)	79,70%
4. Синдром отмены алкоголя с делирием	(55)	96,50%	(2)	3,50%

5. Расстройства личности в связи с эпилепсией	(4)	33,40%	(8)	66,60%
6. Прочие	(7)	63,60%	(4)	36,40%
Итого:	(260)	74,04%	(91)	25,96%

Диаграмма № 4. Трудовая деятельность пациентов в период «до перестройки»

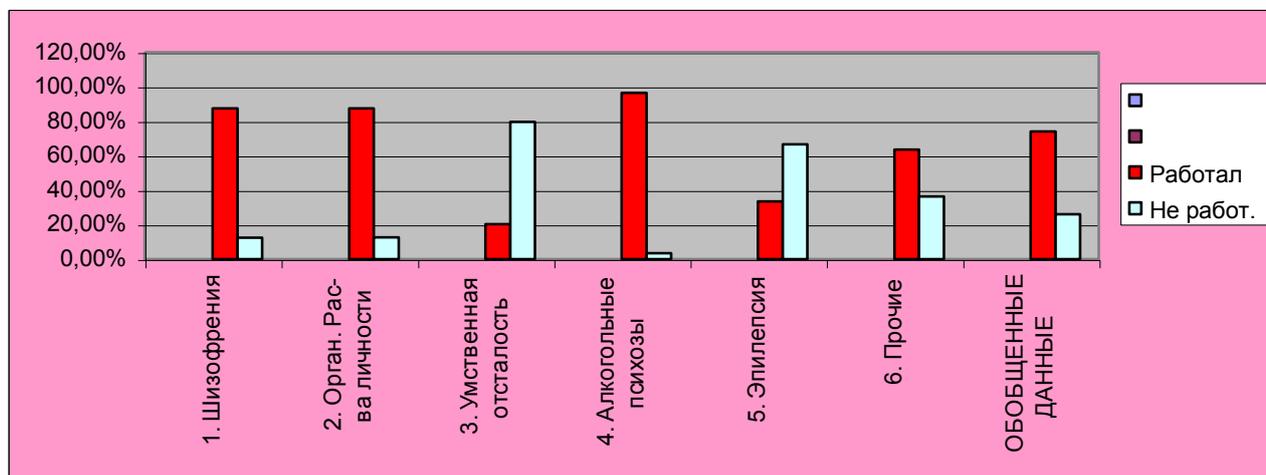
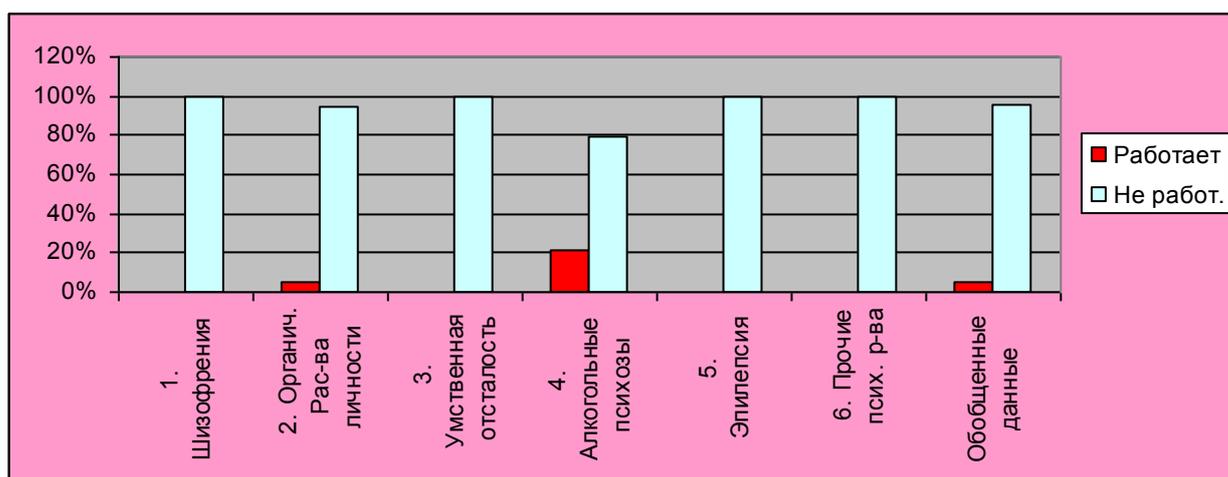


Таблица № 5. ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ НА МОМЕНТ ОБСЛЕДОВАНИЯ.

ЗАБОЛЕВАНИЕ	Работает		Не работ.	
1. Формы шизофрении с хроническим течением	(0)	0%	(112)	100%
2. Органические расстройства личности	(5)	5,30%	(90)	94,70%
3. Умст.отсталость легкая со знач. наруш. поведения	(0)	0%	(64)	100%
4. Синдром отмены алкоголя с делирием	(12)	21%	(45)	79%
5. Расстройства личности в связи с эпилепсией	(0)	0%	(12)	100%
6. Прочие псих. р-ва	(0)	0%	(11)	100%
Итого:	(17)	4,84%	(334)	95,16%

Диаграмма № 5. Трудовая деятельность пациентов на момент обследования.



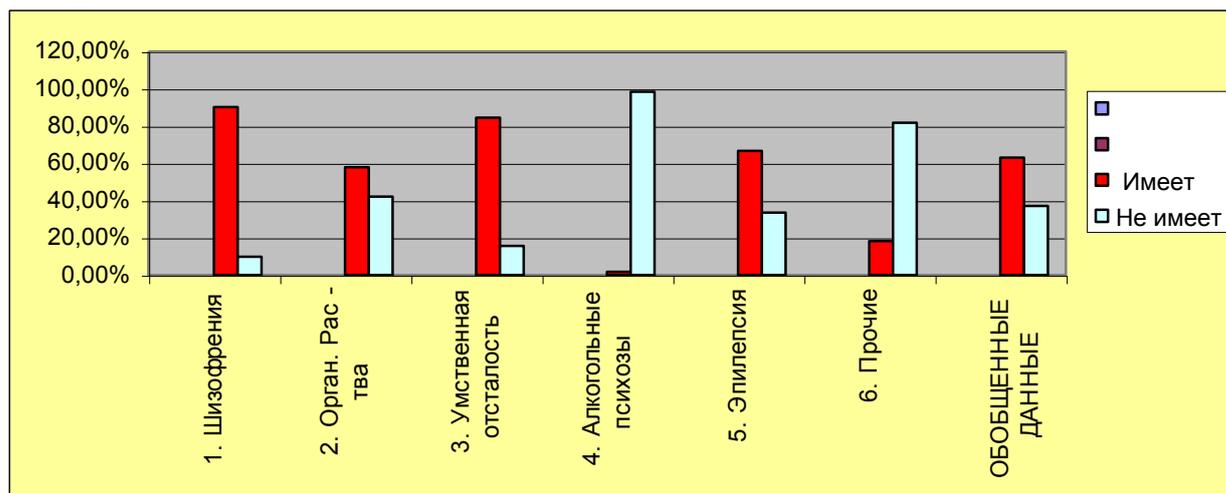
Наши исследования однозначно показывают, что в России, в частности в Краснодарском крае, в связи со сменой экономико-политической ситуации (распадом СССР), значительно ухудшилось социальное положение психических больных, потеряна возможность использования их остаточной трудоспособности как лечебно-восстановительного (реабилитационного) фактора, ликвидированы трудовые мастерские, а также колхозы и совхозы, которые практически обеспечивали работой всех сельских жителей.

В таблице № 6 (диаграмме № 6) представлены сведения об инвалидности обследуемых пациентов. Из показателей таблицы видно, что 62,9 % пациентов имеют группу инвалидности; 37 % - не имеют. Основное количество инвалидов составили пациенты шизофренией, умственной отсталостью и эпилепсией.

ЗАБОЛЕВАНИЕ	Имеет		Не имеет	
1. Формы шизофрении с хроническим течением	(98)	90,20%	(14)	9,80%
2. Органические расстройства личности	(55)	57,90%	(40)	42,10%
3. Умст. отсталость легкая со значит. нарушен. поведения	(54)	84,40%	(10)	15,60%
4. Синдром отмены алкоголя с делирием	(1)	1,70%	(56)	98,30%
5. Расстройства личности в связи с эпилепсией	(8)	66,60%	(4)	33,40%
6. Прочие	(2)	18,20%	(9)	81,80%
ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ	(221)	62,96%	(130)	37,04%

Таблица № 6. ПАЦИЕНТЫ, НАХОДЯЩИЕСЯ НА ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ.

Диаграмма № 6. Показатели инвалидности.

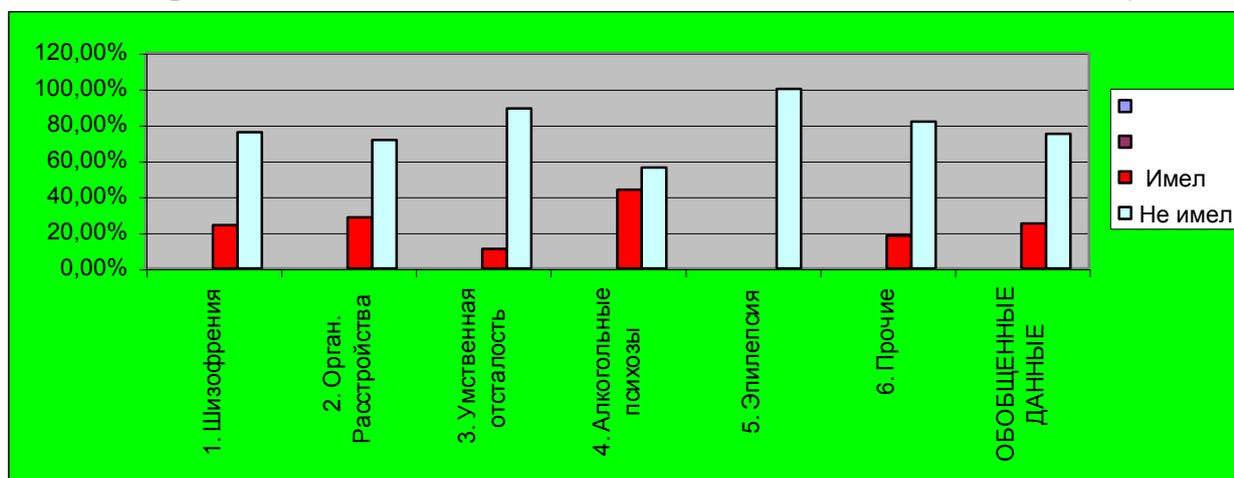


В таблице № 7 (диаграмме №7) представлены сведения о судимости пациентов, из которых видно, что 25% из них имели в прошлом судимости (воровство, хулиганство, причинение телесных повреждений, убийство).

Таблица № 7. СВЕДЕНИЯ О СУДИМОСТИ.

ЗАБОЛЕВАНИЕ	Имел		Не имел	
1.Формы шизофрен. с хрон. течением	(27)	24,10%	(85)	75,90%
2. Органичес. расстройства личности	(27)	28,40%	(68)	71,60%
3. Умст. отст. легкая со значит. наруш. поведен	(7)	10,90%	(57)	89,10%
4. Синдром отмены алкоголя с делирием	(25)	43,90%	(32)	56,10%
5.Рас-ва личности в связи сэпилепсией	(0)	0%	(12)	100%
6. Прочие	(2)	18,18%	(9)	81,81%
ИТОГО:	(88)	25,07%	(263)	74,93%

Диаграмма № 7. Сведения о судимости.



В таблице № 8 (диаграмме № 8) представлены сведения о незавершенных суицидах обследованных пациентов. Из таблицы и диаграммы видно, что наибольшее количество суицидов определено у пациентов, страдающих шизофренией, органическими расстройствами и алкоголизмом (соответственно: 18,7%; 15,8%; 10,5%). Причем, следует отметить, что все суициды были совершены в состоянии психической декомпенсации, большей частью в состоянии алкогольного опьянения, или – ситуации конфликта (аутоагрессии).

Таблица № 8. НЕЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ ПО АНАМНЕЗУ.

Формы шизофрении с хроническим течением.	(21)	18,70%
Органическое . расстройство личности.	(15)	15,80%
Умст. отсталость легкая со знач. нарушен. поведения	(4)	6,30%
Синдром отмены алкоголя с делирием	(6)	10,50%
Расстройства личности в связи с эпилепсией	(0)	0
Прочие	(0)	0
Итого:	(46)	13,11%

Диаграмма № 8. Незавершенные суициды по анамнезу.

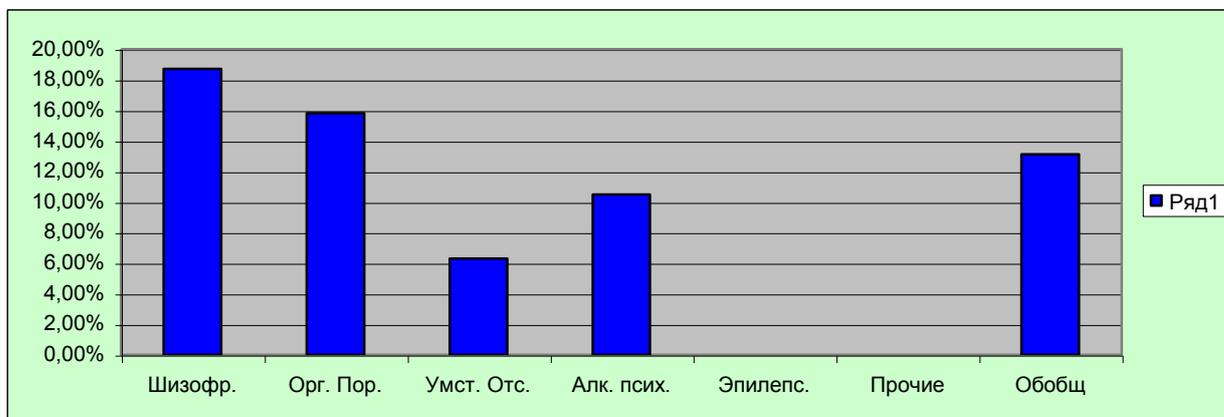


Таблица № 9. Обобщенные учетные данные пациентов с шизофренией.

Возраст	15 - 20 лет	5	4,50%	Семейное положение.	Холост	43	38,40%	
	21 - 25 лет	12	10,70%		Женат	22	19,60%	
	26 -30-лет	18	16,10%		Разведен	47	42,00%	
	31 -35 лет	22	19,60%		Наличие детей	Имеет	63	56,20%
	36 -40 лет	11	9,80%			Не имеет	49	43,80%

	41 - 45 лет	15	13,40%
	46 - 50 лет	19	17,00%
	51 -55 лет	7	6,20%
	56 - 60 лет	1	0,90%
	60 и стар	2	1,80%
Поступает	Первично	4	3,60%
	Повторно	108	96,40%
Условия проживания.	Квартира	24	21,40%
	Част. Дом	84	75%
	Дом-интер.	4	3,60%
Инвалидность	Имеет	101	90,20%
	Не имеет	11	9,80%
Работа	Работает	0	0%
	Не работ.	112	100%
Трудовой стаж	Имеет	98	87,50%
	Не имеет	14	12,50%
Образование	Не имеет		
	Не законч. среднее	17	15,20%
	Среднее	10	8,90%
	Сред - спец.	76	67,80%
	Не окончено высшее	1	0,90%
	Высшее	7	6,30%
	Спец. школа	1	0,90%

В наст. время проживает	Один	11	9,80%
	В интерн.	4	3,60%
	С родител.	77	68,80%
	С семьей	20	17,80%
Служба в Армии	Служил	74	66,10%
	Не служил Комиссов. Из Армии	34	30,30%
		4	3,60%
Судимость	Имел	27	24,10%
	Не имел	85	75,90%
Суицид. попытки и членовр.	Имели место	21	18,70%
	Места не имели	91	81,30%
Поддерж. лечение	Принимал	46	41,10%
	Не приним.	66	58,90%
Склонность к агрессив. действиям	Имеет	86	76,80%
	Не имеет	26	23,20%
Причина госпитализации	Принудит. лечение	10	8,90%
	Обследов. по линии МСЭ		
	Изменение сост. В св. употр.алког	59	52,70%
	Изменение сост. Без употр.алког	43	38,40%
Критика к болезни и поведен.	Есть	14	12,00%
	Нет	98	87,50%

Таблица №10. Обобщенные учетные данные пациентов с орган. расстройствами личности.

Возраст	15 - 20 лет	5	5,30%
	21 - 25 лет	8	8,40%
	26 -30-лет	15	15,80%
	31 -35 лет	11	11,60%
	36 -40 лет	6	6,30%
	41 - 45 лет	8	8,40%
	46 - 50 лет	13	13,70%
	51 -55 лет	12	12,60%
	56 - 60 лет	4	4,20%
	60 и стар	13	13,70%
Поступает	Первично	21	22,10%
	Повторно	74	77,90%
Условия проживания.	Квартира	21	22,10%
	Част. Дом	68	71,60%
	Дом-интер.	6	6,30%
Инвалидность	Имеет	55	57,90%
	Не имеет	40	42,10%
Работа	Работает	5	5,30%
	Не работ.	90	94,70%
Трудовой стаж	Имеет	83	87,40%
	Не имеет	12	12,60%
Образование	Не имеет		
	Не законч. среднее	15	15,80%
	Среднее	7	7,50%
	Сред -спец.		

Семейное положен.	Холост	25	26,30%
	Женат	20	21%
	Разведен	50	52,70%
Наличие детей	Имеет	66	69,50%
	Не имеет	29	30,50%
В наст. время проживает	Один	12	12,60%
	В интерн.	5	5,30%
	С родител.	57	60%
	С семьей	21	22,10%
Служба в Армии	Служил	60	63,15%
	Не служил	32	33,70%
	Комиссов. Из Армии	3	3,15%
Судимость	Имел	27	28,40%
	Не имел	68	71,60%
Суицид. попытки и членовр.	Имели место	15	15,80%
	Места не имели	80	84,20%
Поддерж. лечение	Принимал	31	32,60%
	Не приним.	64	67,40%
Склонность к агрессив. действиям	Имеет	61	64,20%
	Не имеет	34	35,80%
Причина госпитализации	Принудит. лечение	1	1,05%
	Обследов. по линии МСЭ	1	1,05%
	Изменение сост. В св. употр.алког	53	55,80%

		67	70,50%
	Не окончено высшее	3	3,10%
	Высшее	2	2,10%
	Спец. школа	1	1,05%

	Изменение сост. Без употр.алког	40	42,10%
Критика к болезни и поведен.	Есть	19	20%
	Нет	76	80%

Таблица №11.Обобщенные данные по пациентам с легкой умственной отсталостью.

Возраст	15 - 20 лет	33	51,70%
	21 - 25 лет	7	10,90%
	26 -30-лет	4	6,20%
	31 -35 лет	8	12,50%
	36 -40 лет	5	7,80%
	41 - 45 лет	5	7,80%
	46 - 50 лет	2	3,10%
	51 -55 лет		
	56 - 60 лет		
	60 и стар		
Поступает	Первично	10	15,60%
	Повторно	54	84,40%
Условия проживания.	Квартира	8	12,50%
	Част. Дом	36	56,30%
	Дом-интер.	20	31,2
Инвалидность	Имеет	54	84,40%
	Не имеет	10	15,60%
Работа	Работает	0	0%

Семейное положен.	Холост	61	95,20%
	Женат	2	3,20%
	Разведен	1	1,6%
Наличие детей	Имеет	3	4,70%
	Не имеет	61	95,30%
В наст. время проживает	Один	3	4,70%
	В интерн.	20	31,30%
	С родител.	39	60,90%
	С семьей	2	3,10%
Служба в Армии	Служил		
	Не служил	63	98,40%
	Комиссов. Из Армии	1	1,60%
Судимость	Имел	7	10,90%
	Не имел	57	89,10%
Суицид. попытки и членовр.	Имели место	4	6,30%
	Места не имели	60	93,70%
Поддерж. лечение	Принимал	5	7,80%
	Не приним.	59	92,20%
Склон -			

	Не работ.	64	100%
Трудовой стаж	Имеет	13	20,30%
	Не имеет	51	79,70%
Образование	Не имеет	6	9,40%
	Не законч. среднее	5	7,80%
	Среднее		
	Сред - спец.	4	6,20%
	Не окончено высшее		
	Высшее		
	Спец. школа	49	76,60%

ность к агрессив. действиям	Имеет	50	78,10%
	Не имеет	14	21,90%
Причина госпитализации	Принудит. лечение	6	9,40%
	Обследов. по линии МСЭ	9	14,10%
	Изменение сост. В св. употр.алког	34	53,10%
	Изменение сост. Без употр.алког	15	23,40%
Критика к болезни и поведен.	Есть		
	Нет	64	100%

Таблица №12.Обобщенные учетные данные по пациентам с синдромом отмены алкоголя.

Возраст	15 - 20 лет		
	21 - 25 лет	5	8,80%
	26 -30-лет	7	12,30%
	31 -35 лет	8	14,00%
	36 -40 лет	6	10,50%
	41 - 45 лет	5	9%
	46 - 50 лет	16	28,00%
	51 -55 лет	5	8,80%
	56 - 60 лет	2	3,50%
	60 и стар	3	5,30%
Поступает	Первично	32	56,10%
	Повторно	25	43,90%

Семейное положен.	Холост	7	12,30%
	Женат	19	33,30%
	Разведен	31	54,40%
Наличие детей	Имеет	45	79%
	Не имеет	12	21%
В наст. время проживает	Один	9	15,80%
	В интерн.		
	С родител.	30	52,60%
	С семьей	18	31,60%
Служба в Армии	Служил	49	86%
	Не служил	8	14%
	Комиссов. Из Армии		

Условия проживания.	Квартира	7	12,30%
	Част. Дом	49	86,00%
	Дом-интер.	1	1,70%
Инвалидность	Имеет	1	1,70%
	Не имеет	56	98,30%
Работа	Работает	12	21,00%
	Не работ.	45	79,00%
Трудовой стаж	Имеет	55	96,50%
	Не имеет	2	3,50%
Образование	Не имеет		
	Не законч. среднее	7	12,30%
	Среднее	1	1,70%
	Сред - спец.	46	80,70%
	Не окончено высшее		
	Высшее	3	5,30%
	Спец. школа		

Судимость	Имел	25	43,90%
	Не имел	32	56,10%
Суицид. попытки и членовр.	Имели место	6	10,50%
	Места не имели	51	89,50%
Поддерж. лечение	Принимал	1	1,70%
	Не приним.	56	98,30%
Склонность к агрессив. действиям	Имеет	32	56,10%
	Не имеет	25	43,9
Причина госпитализации	Принудит. лечение		
	Обследов. по линии МСЭ		
	Изменение сост. В св. употр.алког	56	98,3
	Изменение сост. Без употр.алког	1	1,70%
Критика к болезни и поведен.	Есть	16	28,10%
	Нет	41	71,90%

Таблица №13.Обобщенные данные по пациентам с расстройствами личности в связи с эпилепсией.

Возраст	15 - 20 лет	3	25,00%
	21 - 25 лет	2	16,60%
	26 -30-лет		
	31 -35 лет	2	16,60%
	36 -40 лет	2	16,60%
	41 - 45 лет	1	8,30%
	46 - 50 лет		

Семейное положен.	Холост	7	58,30%
	Женат	2	16,60%
	Разведен	3	25,00%
Наличие детей	Имеет	4	33,40%
	Не имеет	8	66,60%
В наст. время	Один	2	18,18%
	В интерн.	1	9,09%

	51 -55 лет	1	8,30%
	56 -60 лет		
	60 и стар	1	8,30%
Поступает	Первично	2	16,60%
	Повторно	10	83,30%
Условия проживания.	Квартира	3	25,00%
	Част. Дом	9	75,00%
	Дом-интер.		
Инвалидность	Имеет	8	66,60%
	Не имеет	4	33,40%
Работа	Работает		%
	Не работ.	12	100,00%
Трудовой стаж	Имеет	4	33,40%
	Не имеет	8	66,60%
Образование	Не имеет		
	Не законч. среднее	7	58,30%
	Среднее	1	8,30%
	Сред -спец.	2	16,60%
	Не окончено высшее		
	Высшее	1	8,30%
	Спец. школа	1	8,30%

проживает	С родител.	7	63,63%
	С семьей	1	9,09%
Служба в Армии	Служил	2	16,60%
	Не служил Комиссов. Из Армии	10	83,40%
Судимость	Имел		0,00%
	Не имел	12	100,00%
Суицид. попытки и членовр.	Имели место		
	Места не имели	12	100,00%
Поддерж. лечение	Принимал	11	91,60%
	Не приним.	1	8,30%
Склонность к агрессив. действиям	Имеет	8	66,60%
	Не имеет	4	33,40%
Причина госпитализации	Принудит. лечение		
	Обследов. по линии МСЭ	1	8,30%
	Изменение сост. В св. употр.алког	2	16,60%
	Изменение сост. Без употр.алког	9	75,00%
Критика к болезни и поведен.	Есть	9	75,00%
	Нет	3	25,00%

Таблица № 14. ДАННЫЕ ПО ПАЦИЕНТАМ С ПРОЧИМИ ПСИХ. РАССТРОЙСТВАМИ.

Возраст	15 - 20 лет	1	9,09%
	21 - 25 лет		

Семейное положен.	Холост	7	63,63%
	Женат	1	9,09%

	26 -30-лет	2	18,18%
	31 -35 лет	2	18,18%
	36 -40 лет	1	9,09%
	41 - 45 лет	1	9,09%
	46 - 50 лет	2	18,18%
	51 -55 лет		
	56 - 60 лет		
	60 и стар	2	18,18%
Поступает	Первично	7	63,63%
	Повторно	4	36,36%
Условия проживания.	Квартира	5	45,45%
	Част. Дом	5	45,45%
	Дом-интер.	1	9,09%
Инвалидность	Имеет	2	18,18%
	Не имеет	9	81,81%
Работа	Работает		%
	Не работ.	11	100,00%
Трудовой стаж	Имеет	7	63,63%
	Не имеет	4	36,36%
Образование	Не имеет		
	Не законч. среднее	3	27,27%
	Среднее	1	9,09%
	Сред -спец.	7	63,63%
	Не окончено высшее		

	Разведен	3	27,27%
Наличие детей	Имеет	4	36,56%
	Не имеет	7	63,63%
В наст. время проживает	Один	2	18,18%
	В интерн.	1	9,09%
	С родител.	7	63,63%
	С семьей	1	9,09%
Служба в Армии	Служил	6	54,54%
	Не служил	4	36,36%
	Комиссов. Из Армии	1	9,09%
Судимость	Имел	2	18,18%
	Не имел	9	81,81%
Суицид. попытки и членовр.	Имели место	2	18,18%
	Места не имели	9	81,81%
Поддерж. лечение	Принимал	2	18,18%
	Не приним.	9	81,81%
Склонность к агрессив. действиям	Имеет	6	54,54%
	Не имеет	5	45,45%
Причина госпитализации	Принудит. лечение		
	Обследов. по линии МСЭ		
	Изменение сост. В св. употр.алког	4	36,36%
	Изменение сост. Без употр.алког	7	63,63%
Критика к			

	Высшее		
	Спец. школа		

болезни и поведен.	Есть	4	36,36%
	Нет	7	63,63%

Таблица № 15. ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ ПО ВСЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ.

Возраст	15 - 20 лет	47	13,39%
	21 - 25 лет	34	9,68%
	26 -30-лет	46	13,10%
	31 -35 лет	53	15,09%
	36 -40 лет	31	8,83%
	41 - 45 лет	35	9,97%
	46 - 50 лет	52	14,81%
	51 -55 лет	25	7,12%
	56 - 60 лет	7	1,99%
	60 и стар	21	5,98%
Поступает	Первично	76	21,65%
	Повторно	275	78,35%
Условия проживания.	Квартира	68	19,37%
	Част. Дом	251	71,50%
	Дом-интер.	32	9,13%
Инвалидность	Имеет	221	62,96%
	Не имеет	130	37,04%
Работа	Работает	17	4,84%
	Не работ.	334	95,16%
Трудовой стаж	Имеет	260	74,04%
	Не имеет	91	25,96%

Семейное положен.	Холост	150	42,73%
	Женат	66	18,80%
	Разведен	135	38,46%
Наличие детей	Имеет	185	52,70%
	Не имеет	166	47,30%
В наст. время проживает	Один	37	10,54%
	В интерн.	30	8,54%
	С родител.	221	62,96%
	С семьей	63	17,96%
Служба в Армии	Служил	191	54,41%
	Не служил	151	43,01%
	Комиссов. Из Армии	9	2,58%
Судимость	Имел	88	25,07%
	Не имел	263	74,93%
Суицид. попытки и членовр.	Имели место	46	13,11%
	Места не имели	305	86,89%
Поддерж. лечение	Принимал	96	27,35%
	Не приним.	255	72,65%
Склонность к агрессив. действиям	Имеет	243	69,23%
	Не имеет	108	30,77%
	Принудит.	17	4,80%

Образование	Не имеет	6	1,70%
	Не законч. среднее	54	15,38%
	Среднее	20	5,69%
	Сред - спец.	202	57,54%
	Не окончено высшее	4	1,13%
	Высшее	13	3,70%
	Спец. школа	52	14,21%

Причина госпитализации	лечение		
	Обследов. по линии МСЭ	11	3,10%
	Изменение сост. В св. употр.алког	208	59,20%
	Изменение сост. Без употр.алког	115	32,90%
Критика к болезни и поведен.	Есть	62	17,66%
	Нет	289	82,34%

Анализ обобщенных клинико-учетных данных исследованных форм заболеваний:

1. **По формам шизофрении с хроническим течением** (умеренно-выраженным апато-абулическим дефектом (формы F20 – 20.6 взятые для исследования). (Таблица № 9.)

а) преморбидные акцентуации: шизоидные, паранойяльные, психастенические;

б) средний возраст начала процесса 21 – 50 лет;

в) в период после выписки из стационара: бытовая неустроенность, практическая не занятость, материальные недостатки, проживание с родителями или одиночество, бытовые конфликты, периодическая или частая алкоголизация;

г) отсутствие устойчивой (контрольной) диспансеризации, уклонение от посещения врача, профилактического (поддерживающего) лечения;

д) обострение психического состояния было связано с психогенными (психотравмирующими факторами, или – с алкоголизацией).

е) в структуре психопатологии (при поступлении в стационар) отмечалось патологическое заострение аффективных личностных структур (агрессивность или разрушительные тенденции, аутоагрессия, суицидальные установки).

2. **По органическим расстройствам** (Таблица № 10):

а) преморбидные акцентуации: гипертимная, эпилептоидная, паранойяльная, психастеническая;

б) начало заболевания: с более раннего возраста, равномерное по всем возрастам, что характерно для развития органического (психоорганического) поражения головного мозга;

д) в периоды после стационарного лечения: проживание вне семьи (преобладают разведенные или холостые), бытовая неустроенность; бездеятельность лиц не имеющих инвалидности, невозможность устроиться на

работу, алкоголизация, уклонение от осмотра врача-психиатра, профилактического лечения;

г) нарастание декомпенсации психического состояния в связи с алкоголизацией или психотравматизацией (неустроенность быта и деятельности), эмоциональная неустойчивость, конфликтность, агрессивность.

3. По пациентам с умственной отсталостью с выраженными нарушениями поведения (Таблица № 11):

а) начало заболевания с раннего возраста (до 20 лет; 51,7%);

б) устойчивые формы социальной дезадаптации (низкий уровень образования, трудовая и семейная несостоятельность, проживание с родителями, или – в интернате);

в) нарушение поведения с раннего возраста, патологическое развитие с агрессивностью, алкоголизацией, антиобщественным поведением;

г) декомпенсация психического состояния в связи с алкоголизацией или по психогенным (реактивным) механизмам. **Основная причина** – отсутствие социальных форм реабилитации (трудовой, лечебно-профилактической).

4. По пациентам с синдромом отмены алкоголя с делирием

(Таблица № 12);

а) преморбидные акцентуации: гипертимная, циклоидная, паранойяльная, истероидная, неустойчивая;

б) начало алкоголизации – равномерно по всем возрастам;

в) ранние формы социальной дезадаптации (по органическому типу и за счет алкоголизации), нарушение трудовых навыков, проживание в семье, но с преобладанием случаев разводов (алкоголизация, конфликты);

г) преобладание расстройства личности по типу выраженного заострения акцентуации, психопатизации, агрессивные, разрушительные тенденции, уклонение от лечения;

д) декомпенсация психического состояния в связи с алкоголизацией.

5. По пациентам с эпилептическими расстройствами личности (Таблица №13);

а) преморбидные акцентуации: эпилептическая, истероидная;

б) судорожные состояния возникли в различный возрастной период, связанные с разного рода вредностями (травмы, инфекции, интоксикации);

в) раннее снижение социальной адаптации, трудоспособности;

г) обострение состояния было связано с внешними воздействиями разных факторов.

6. По пациентам с прочими заболеваниями (Таблица № 14);

а) преморбидные акцентуации: истероидная, неустойчивая;

б) начало заболевания равномерное по возрастам;

в) задержка психического развития в форме инфантилизма (6 чел.) или дисгармонического (5 чел.)

г) неустойчивость поведения с зависимостью от внешних факторов и эмоционального состояния, легкость вовлечения в разные группировки, алкоголизация;

д) декомпенсация чаще в связи с алкоголизацией, подверженность стрессу.

7. Обобщенные данные по всем заболеваниям (Таблица № 15);

а) преморбидные акцентуации: гипертимная, циклоидная, психастеническая, шизоидная, эпилептоидная, истероидная, паранойяльная, неустойчивая;

б) существенный признак – равномерное начало заболеваний по всем возрастам, что свидетельствует о полиморфности этиопатогенетических факторов, единстве патогенеза и самопроизвольной прогрессивности (по И.В. Давыдовскому и Г.Н. Крыжановскому, 1997 г).

в) обострение психического состояния под влиянием психогенных (реактивных) факторов, алкоголизации, неурегулированного образа жизни, проживания вне семьи, нарушение трудовых навыков;

г) невозможность трудоустройства, уклонение от профилактического лечения;

д) декомпенсация психического состояния – чаще психогенная с психопатизацией, агрессивными (или аутоагрессивными) тенденциями, также связанная с алкоголизацией.

ВЫВОДЫ.

По результатам проведенного исследования прослежено, что психическое состояние лиц (в том числе страдающих шизофренией) при нахождении во вне больничных условиях крайне уязвимо и напрямую зависит от многих внешних факторов: социально-средовых, семейно-бытовых, межличностных и других. В настоящее время, в сравнении с прошлым (доперестроечным) периодом, положение психических больных - жителей сельских районов края - значительно ухудшилось в связи с ростом социальной напряженности, алкоголизма, преступности, безработицы, повышением дороговизны жизни и цен на лекарственные средства. Существенным недостатком является ухудшение, а в некоторых районах практическое отсутствие внебольничной психиатрической помощи. Причинами этого являются: отдаленность районов, отсутствие квалифицированных врачей-психиатров, дорогостоящий проезд к врачу-психиатру – единственному специалисту во всем районе, поэтому диспансеризация, консультативно-лечебная помощь не проводится.

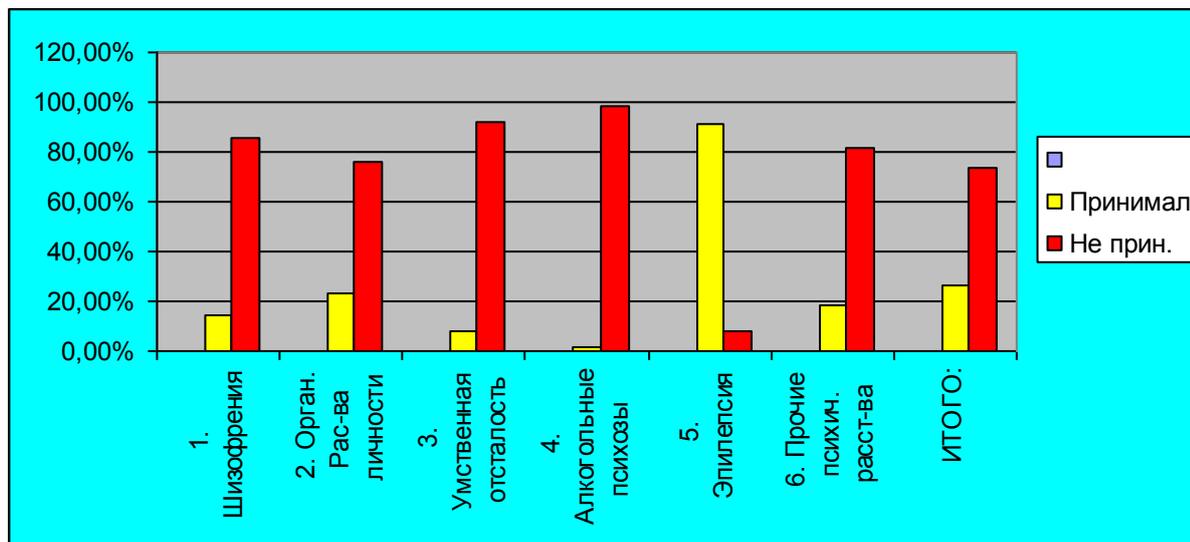
В таблице № 16 (диаграмме № 16) представлены сведения об амбулаторной помощи и поддерживающей лекарственной терапии.

Таблица № 16. СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТАХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ И АМБУЛАТОРНУЮ ПОМОЩЬ.

ЗАБОЛЕВАНИЕ	Принимал	Не прин.
1. Формы шизофр. с хроничес. течением	14,10%	85,90%
2. Органические расстройства личности	23,60%	76,40%
3. Умст. отс-сть легкая со знач. нар. поведения	7,80%	92,20%
4. Синдром отмены алкоголя с делирием	1,70%	98,30%
5. Расстройства личности в связи с эпилепсией	91,60%	8,30%
6. Прочие психически. расстройства	18,18%	81,81%

ИТОГО:	26,19%	73,81%
--------	--------	--------

Диаграмма № 16. Сведения о пациентах, получающих поддерживающую терапию и амбулаторную помощь.



Из таблицы № 16 (диаграммы № 16) видно, что лишь единичные пациенты пользовались внебольничной помощью врача – психиатра, а поддерживающую лекарственную терапию получало всего 26,19 %. Как правило, врач-психиатр осматривал пациентов лишь однократно при декомпенсации психического состояния, выдавая направление на госпитализацию в психиатрический стационар. Указанная выше социо – средовая ситуация проживания больных с психическими расстройствами (с учетом их психической недостаточности, несостоятельности, уязвимости или беспомощности) является фактически экстремально-стрессовой, способствующей дезадаптации и декомпенсации психического состояния. Более того, хотя бы теоретически мы должны признать факт того, что подобного рода личности с болезненной психикой нуждаются даже в психиатрическом социо-патронаже.

Было бы целесообразным, для улучшения психиатрической помощи психическим больным во внебольничном периоде, проведение реорганизационных мероприятий:

- Приближение психиатрической помощи к общеполikliнической сети, включая отдаленные сельские районы.
- Во всех психиатрических больницах внедрить отделения реабилитации с трудовыми мастерскими (льготными условиями деятельности).
- Возродить в психиатрических больницах, особенно приближенных к сельской местности, функционирование подсобных хозяйств.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Краснов С.В. Сравнительный анализ контингентов амбулаторной психиатрической службы – жителей города и села. *Обзор психиатрии и медицинской психологии.* 2004г. № 4. С.28 – 29.

2. Незнамов Н. Г. с соавтор. Качество жизни больных шизофренией в процессе противорецидивной терапии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004. № 5. С.213–215.

3. Россия в цифрах 2004: Краткий статистический сборник (раздел здравоохранение). М.: 2004. 236 с.

4. Здравоохранение в Краснодарском крае: 1999–2003 /Статистический сборник/. Краснодар, 2004. 78с.

5. Краснов В.Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией /*Психиатрия и психофармакотерапия*/. 2001. № 5. С.152–154.

6. Смуглевич А.Б. с соавт. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре. *Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова С.С.* 2002. № 7. С. 9–13.

References.

1. Krasnov S. V. Comparative analysis of contingent of outpatient psychiatric service - residents of towns and villages // Review of psychiatry and medical psychology. 2004. No. 4. P. 28 - 29.

2. Neznamov N. G. et al. The quality of life of patients with schizophrenia in the process of anti-relapse therapy // Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2004. No.5. P.213-215.

3. Russia in figures 2004: a brief statistics collection (section health). М.: 2004. 236 p.

4. Health Care in Krasnodar Krai: 1999 - 2003 // Statistics collection. Krasnodar, 2004. 78p.

5. Krasnov V. N. Organizational issues of care for patients with depression // Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2001. № 5. P. 152 - 154.

6. Smulevich A. B. et al. Schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in the somatic hospital // Journal of neuropathology and psychiatry / S. S. Korsakov 2002. No. 7. P. 9 -13.