

потребностей и интересов людей новыми средствами, что ведет к определенным качественным изменениям системы и способов обеспечения ее эффективности, стабильности и жизнеспособности. Социально-инновационный процесс связан с переходом в качественно иное состояние, с ревизией устаревших норм и положений, ролей, а зачастую и с их пересмотром. Он обладает определенной устойчивостью благодаря наличию механизмов самопроизводства. Различные наборы этих механизмов и их сочетания обуславливают многообразие социально-инновационных процессов, индивидуальный облик каждого из них. Сущность социально-инновационного процесса проявляется в том, что он представляет собой целенаправленную цепь действий по инициации социально-педагогических инноваций, по разработке новых продуктов и услуг, по их реализации на рынке.

Хотелось бы отметить, что положительный педагогический результат может быть достигнут только в том случае, когда деятельность всех подразделений учебного заведения выступает как своеобразная развивающая среда. Именно развивающая среда является основным условием становления саморазвития личности. Для того, чтобы образовательное учреждение могло стать центром развивающей среды, оно должно отвечать целому ряду социально-педагогических требований: осуществлять инновационные процессы, динамику и творчество в содержании, в педагогических технологиях, в реализации альтернативных педагогических идей; делать установку на вариативность, быть лишено единообразия, иметь гибкие образовательные программы.

Роль вуза состоит в активном участии в реализации инновационных проектов в различных сферах, прежде всего — социальной. В вузе возможно обеспечить создание цикла от проведения исследований до реализации их результатов, а также использование результатов инновационной деятельности в подготовке специалистов.

И все же, в стремлении к инновационным формам и методам, в обстановке радикальной смены ориентиров мысли, свойственной культуре XX и уже наступившего XXI века, очень важно найти такую позицию, которая бы не была чревата культом абсолютного отрицания прошлого социального опыта, позволяла найти возможность диалога с традицией прошлого.

Подводя итог, можно сказать, что инновационные процессы — это не дань моде, не сиюминутное увлечение, а сложная, многоуровневая деятельность всех подразделений, занимающихся образованием и воспитанием студенческой молодежи. На наш взгляд, развивая лишь одно звено этой цепи, вряд ли можно добиться серьезных успехов. Также очень важно помнить, что соотношение традиций и новаторства в образовательной сфере — залог успеха воспроизводства личности, бережно относящейся к своей истории и культуре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердяев, Н. А. Самопознание Сочинения / Н. А. Бердяев. — М.-Харьков, 2000.
2. Бердяев, Н. А. Русская идея / Н. А. Бердяев. — Париж, 1971.
3. Легчилин, А. А. К вопросу о смысле ценностей. В сб.: «Духовно-ценностные ориентиры массовых действий людей». Тезисы докладов. — Гродно, 1992. — Ч. 1.
4. Пионова, Р. С. Педагогика высшей школы: учеб. пособие / Р. С. Пионова. — Минск, 2005.
5. Левко, А. И. Проблема ценности в системе образования / А. И. Левко, Л. В. Ахмерова. — Минск, 2000.
6. Головашина, А. П. Организационно-педагогические условия совершенствования социально-инновационных процессов в вузе / А. П. Головашина. — Тамбов, 2006.

УДК 616.89-008.441+616.895.8

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО И ШИЗОФРЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Хмара Н. В., Шилова О. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Современные классификации болезней МКБ-10 и DSM-4 выделяют обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) как самостоятельную рубрику. Международные эпидемиологические исследования показывают, что распространенность ОКР составляет от 1,9 до 3,3 % населения (Torres A. R., Lima M. C., 2005, Fontenelle L. F., 2006) и поражает преимущественно людей молодого возраста (Rasmussen S. A., Eisen J. L., 1991). Обсессивно-компульсивное расстройство у женщин встречается, по-видимому, несколько чаще, чем у мужчин, хотя и не намного (соотношение женщин и мужчин 1,5:1). Одной из разновидностей обсессий являются контрастные навязчивости. Этим термином называют навязчивые представления, содержание которых противоречит ситуации, мировоззрению, этическим установкам больного [1].

Ранние исследователи этой проблемы считали, что сочетание обсессивно-компульсивного расстройства либо обсессивно-компульсивных симптомов (ОКС) с шизофренией встречается от 1 до 3,5 %, способствует развитию доброкачественного течения и препятствует развитию «деменции прекокс», а также может способствовать становлению ремиссии. Эти исследования оценивали ретроспективно ОКР с помощью медицинской документации пациента и не использовали стандартные критерии для описания этих симптомов. Появление диагностических критериев, структурированного интервью и статистических методов позволило выявить большую коморбидность между ОКР и ОКС с шизофренией. Метаанализ более 36 исследований показал, что такая коморбидность встречается около 23 % для ОКР и 25 % для ОКС. В последнее время в нейробиологии встречается даже термин шизо-обсессивный подтип (schizo-obsessive subtype), при этом предполагается, что эти состояния могут иметь сходные механизмы возникновения. Исследования подобного типа показывают, что будущие исследования должны различать несколько вариантов одновременного существования симптомов шизофрении и ОКС. Во-первых, ОКС могут возникать только в контексте психоза и перекрываются психотическими симптомами. Второй вариант — ОКС возникают только в продромальный период шизофрении. Третий — ОКС или ОКР возникают как проявление нейролептических осложнений терапии. Четвертый — это истинная коморбидность между ОКС или ОКР с шизофренией. Правильное понимание роли и места ОКС в клинической картине будет способствовать более корректному ведению и оценке прогноза расстройства.

Мета-анализ из 23 исследований и 18 статей показал, что у ряда пациентов сочетание ОКР и ОКС с шизофренией приводит к более раннему началу, к частым госпитализациям и выраженной социально-бытовой дезадаптации (такие пациенты реже образуют семьи и имеют постоянную работу) [2].

Существуют свидетельства, что обсессивно-компульсивные расстройства в детстве могут явиться продромом возникновения шизофрении во взрослом возрасте. Клиническое разделение между обсессиями и бредовыми симптомами на практике может оказаться сложной задачей, особенно если они носят неприятный и социально неприемлемый характер. Традиционно считается, что обсессии не имеют видимой связи с содержанием мышления и не отражаются на логических его построениях, но являются для него чуждыми. В зарубежной литературе это описано как «хороший инсайт». Соответственно потеря критики — «плохой инсайт» свидетельствует о переходе обсессий в бредовые переживания. Данный постулат не всегда можно увидеть во время интервью, так как критика может частично присутствовать в начальной стадии формирования бредовой конструкции [2]. Исследования так же показали (Matsunaga H., Kiriike N., Matsui T. et al., 2002), что 10–39 % пациентов с ОКР плохо распознают свои обсессии и компульсии [3]. Учитывая сложности в диагностике обсессивных мыслей и бредовых

идей было проведено ряд исследований у пациентов с недавно дебютировавшей шизофренией и сопутствующими ОКР/ОКС, в которых использовали шкалу Йеле-Брауна (Y-BOCS). Средний балл ОКС по шкале Йеле-Брауна у пациентов с шизофренией колебался от 15 до 28, что соответствует диапазону умеренной и сильной степени выраженности [2]. Во всех исследованиях шкала показала хорошую надежность и корреляцию, однако в отношении депрессивных и негативных симптомов выводы оказались противоречивыми [3].

Многие авторы обращают внимание, что у больных шизофренией на фоне редуцирования психотической симптоматики происходит появление или эскалация симптомов ОКР. Ряд исследователей высказали предположение, что атипичные антипсихотики могут явиться причиной этих симптомов [4]. Особенно много сообщений по поводу клозапина. В то же время ни один автор не утверждает однозначно, что именно эти нейролептики явились причиной симптомов ОКР. Существует так же описание ряда клинических случаев, что дополнение лечения ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) приводило к снижению актуальности симптомов ОКР без смены антипсихотика [5].

Тяжелое течение ОКР может скрадывать начало другого заболевания, в данном случае шизофрении. Выделение двух диагнозов необходимо для правильной оценки психического состояния и тактики ведения больного. Учитывая, что литературные данные о лечении больных такого плана противоречивы, ведение таких больных требует индивидуального подхода с учетом патогенеза и клинических жалоб пациента. Предпочтение нужно отдавать сочетанию антипсихотика и антидепрессанта, селективного ингибитора обратного захвата серотонина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гомозова, А. К. Обсессивно-компульсивное расстройство: комплексное психопатологическое и психометрическое исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. К. Гомозова. — М., 2010. — 22 с.
2. Comorbidities and Schizophrenia / Peter F. Buckley [et al.] // Schizophrenia Bulletin. — 2009. — Vol. 35(2). — P. 383–402.
3. Factor structure of the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (Y-BOCS) in a large sample of patients with schizophrenia or related disorders and comorbid obsessive–compulsive symptoms / L. Boyette [et al.] // Psychiatry Research. — 2011. — Vol. 186. — P. 409–413
4. The Paradox of Quetiapine in Obsessive-Compulsive Disorder / C. Tranulis [et al.] // CNS Spectrums. — 2005. — Vol. 10(5). — P. 356–361.
5. Management of schizophrenia with obsessive-compulsive features / M. Y. Hwang [et al.] // Psychiatric Clinics of North America. — 2009. — Vol. 32(4). — P. 835–851.

УДК 614.253.5

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПОДГОТОВКЕ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Хорова Т. И.

Учреждение образования

«Борисовский государственный медицинский колледж»

г. Борисов, Республика Беларусь

«Сестра — это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребенку, уста тех, кто слишком слаб, или погружен в себя, чтобы говорить»
(В. Хендерсон)

Чувство любви к ближнему во все века было присуще человеку. С течением времени менялось лишь понятие о том, кто является нашим ближним. В доклассовом обществе ими были мать, отец, дочь, сын, сестра, брат, жена, муж. Впоследствии понятие о ближнем расширилось. Согласно христианской религии, ближний — это тот, кто соз-