



ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Томск-2014

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

II Российская конференция
с международным участием

Сборник тезисов

(Томск, 7—8 октября 2014 г.)

Под научной редакцией
члена-корреспондента РАН Н. А. Бохана

Издательство «Иван Федоров»

Томск

2014

УДК 613.86:616.89:159.9

ББК Р64+Ю95

П863

Рецензенты:

Э. В. Галажинский – д-р психол. наук, проф., академик РАО, ректор Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет»

А. А. Овчинников – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета социальной работы и клинической психологии ГБОУ ВПО «Новосибирского государственного медицинского университета» МЗ РФ

П863 Психическое здоровье семьи в современном мире : сборник тезисов II Российской конференции с международным участием (Томск, 7—8 октября 2014 г.) / под ред. Н. А. Бохана. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2014. – 196 с.

ISBN 978-5-91701-098-4

Сборник тезисов II Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» (Томск, 7—8 октября 2014 г.) – второй том продолжающегося издания, выходящего под этим названием (первая межрегиональная конференция состоялась в 2009 г.). Публикуемые работы посвящены современным подходам и гуманитарным технологиям изучения и сохранения психического здоровья и особенностям функционирования семьи в современных условиях; медико-социальным аспектам качества жизни и адаптации в семьях больных психическими расстройствами; мониторингу психического здоровья в семьях; организации межведомственного взаимодействия в решении приоритетных задач комплексной помощи семье; развитию системы семейной реабилитации и превенции в психиатрии и наркологии и др. Основной целью конференции является объединение междисциплинарных, межатраслевых, международных усилий по изучению фундаментальных и гуманитарных аспектов социально значимых заболеваний; обмен научными достижениями и практическим опытом для разработки стратегии научных исследований и выработки практических рекомендаций по сохранению психического здоровья в семьях для достижения целей демографической и социальной политики государства. Для широкого круга специалистов, психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, семейных врачей, генетиков, организаторов здравоохранения, социальных работников, педагогов и других специалистов, работающих с лицами с психическими расстройствами и их семьями.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

член-корреспондент РАН **Н. А. Бохан** (главный редактор)

д.м.н., проф. **А. В. Семке** (зам. главного редактора)

д.м.н., проф. **С. А. Иванова** (зам. главного редактора)

д.м.н., проф. **М. М. Аксенов**, д.м.н. **Е. В. Гуткевич**, д.м.н., проф. **А. И. Мандель**

д.м.н., проф. **Л. Д. Рахмазова**, д.м.н., проф. **Е. Д. Счастный**

к.м.н. **Л. А. Степанова** (ответственный за выпуск)

И. А. Зеленская (выпускающий редактор)

УДК 613.86:616.89:159.9

ББК Р64+Ю95

II Российская конференция с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» организована при поддержке Российского гуманитарного научного Фонда (грант № 14-06-14005)

© Психическое здоровье семьи в современном мире, 2014

© ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2014

Federal State Budgetary Institution
«Mental Health Research Institute»
Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences

**MENTAL HEALTH OF THE FAMILY
IN THE MODERN WORLD**

The IInd Russian Conference
with international participation

Book of Abstracts

(Tomsk, 7—8 October, 2014)

Edited by
Corresponding Member of RASci N. A. Bokhan

Publishing House «Ivan Fedorov»

Tomsk

2014

УДК 613.86:616.89:159.9
ББК Р64+Ю95
П863

Reviewers:

E. V. Galazhinsky – Doctor of Psychology, professor, academician of RAE,
rector of «National Research Tomsk State University»

A. A. Ovchinnikov – M.D., professor, Head of Psychiatry,
Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department of Social Work
and Clinical Psychology Faculty of «Novosibirsk State Medical University»
of Ministry of Healthcare of Russian Federation

П863 Mental health of the family in the modern world : book of abstracts of the IInd Russian Conference with international participation (Tomsk, 7—8 October, 2014) / edited by N. A. Bokhan. – Tomsk : Publishing House «Ivan Fedorov», 2014. – 196 p.

ISBN 978-5-91701-098-4

Book of abstracts of the IInd Russian Conference with international participation «Mental health of the family in the modern world» (Tomsk, 7—8 October, 2014) is the second volume of the continued publication issued under this title (the first interregional conference took place in 2009). Published abstracts are devoted to modern approaches and humanitarian technologies of study and maintenance of mental health and features of functioning of the family under modern conditions; medico-social aspects of quality of life and adaptation in families of patients with mental disorders; monitoring of mental health in families; organization of interdepartmental interaction in resolution of priority tasks of complex help for the family; development of system of family rehabilitation and prevention in psychiatry and addiction psychiatry etc. Basic aim of the conference is consolidation of interdisciplinary, intersectoral, international efforts in study of basic and humanitarian aspects of socially significant diseases; exchange with scientific achievements and practical experience for development of strategy of scientific research and elaboration of practical recommendations on maintenance of mental health in families for achievement of aims of demographic and social policy of the state. For broad range of specialists, psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, medical psychologists, family physicians, geneticists, health care organizers, social workers, pedagogues and other specialists working with persons with mental disorders and their families.

EDITORIAL BOARD:

Corresponding Member of RASci **N. A. Bokhan** (Editor-in-Chief)
M.D., Prof. **A. V. Semke** (Deputy Editor-in-Chief)
M.D., Prof. **S. A. Ivanova** (Deputy Editor-in-Chief)
M.D., Prof. **M. M. Axenov**, M.D. **E. V. Gutkevich**, M.D., Prof. **A. I. Mandel**
M.D., Prof. **L. D. Rakhmazova**, M.D., Prof. **E. D. Schastnyy**
Ph.D. **L. A. Stepanova** (responsible for issue)
I. A. Zelenskaya (issuing editor)

УДК 613.86:616.89:159.9
ББК Р64+Ю95

The IInd Russian Conference with international participation «Mental health of the family in the modern world» has been organized with support of the Russian Humanitarian Scientific Foundation (grant No. 14-06-14005)

© Mental health of the family in the modern world, 2014

© Mental Health Research Institute SB RAMSci, 2014

Предисловие

Трансформация современной семьи и психическое здоровье

Семья по своей сущности всегда была, есть и будет позитивистским мирским институтом благоустройства, биологическим и социологическим упорядочением жизни рода. Формы семьи, столь текучие на протяжении человеческой истории, всегда были формами социального приспособления к условиям существования, к условиям хозяйствования в мире.

Н. А. Бердяев

Семья как первичная социальная группа, в которой происходит формирование личности человека и его отношения к окружающему миру, и как источник генетического наследования имеет тесную связь с возникающими у него болезнями и их течением. Проблемы функционирования семьи на современном этапе развития общества в сложных социально-демографических, психологических, экологических условиях среды определяют актуальность разработки системного подхода к решению проблем психического и психологического здоровья всех членов семьи.

Стабильность или нестабильность общественной жизни, здоровье нации напрямую ставится в зависимость от состояния семьи. Население России не воспроизводится с середины 60-х гг. прошлого века. Ситуация, которая сложилась с народонаселением в России в настоящее время, оценивается специалистами как депопуляция. Депопуляция как социально-демографический процесс характеризуется таким сокращением рождаемости, которое не компенсирует имеющийся уровень смертности. В среднем по стране 68 % семей имеют одного ребенка, 27 % семей – двух детей, 5,8 % семей – трех и больше. При этом каждого третьего ребенка россиянка воспитывает одна, а каждый десятый в РФ состоит в гражданском браке. Это ведет к невыполнению семьей репродуктивной функции и тем самым к депопуляции. Распространение малодетного образа мыслей, чувств и действий несет с собой комплекс социально-психологических и общественных изменений, антиэкзистенциальных по сути. Для малодетоцентризма характерна нетерпимость к противостоящим ему жизненным ценностям, а уменьшение числа детей в семье означает резкое изменение всего строя жизни, систем ценностей, ослабление отцовства и материнства, сплоченности родителей и детей, исчезновение ролей брата и сестры, дезорганизацию систем родства.

Рассмотрим статистику семейной социологии и демографии на примере Томской области. Численность жителей области на 1 января 2013 г. составляла 1 млн 64,2 тысячи человек, из них 569,5 тысячи проживают в областном центре г. Томске. Одна из основных особенностей в изменении возрастного состава населения Томской области – сокращение численности и удельного веса детей и подростков до 17 лет. С 2005 по 2009 г. численность подростков сократилась на 17,5 тысячи человек, или на 34,0 %. В 2011 г. количество детей сократилось до 179,8 тысячи (для сравнения: 274,8 тысячи – 1992 г.). В 2013 г. зарегистрировано 14 809 актов о рождении, 115 пар двойняшек и четыре тройни. 63 % детей родились у женщин в возрасте от 21 года до 30 лет. Зарегистрировано 9 123 брака, из них 6 156 в Томске. Расторгнуто 5 858 браков (в 1,6 раза меньше, чем браков заключенных). Среди всех новорожденных – 4067 внебрачных ребенка, т. е. 28 % от числа всех родившихся. Показаны 2 940 актов об установлении отцовства, при этом число усыновлений (удочерений) – 120 – уменьшилось (134 – в 2011 г.). Риск социального сиротства имеют порядка 20 тысяч детей. Причем это не только дети из «проблемных (алкогольных)» семей. В регионе более 5,5 тысячи детей-сирот. 4,5 тысячи живут в семьях, 2 027 – в приемных, 2 482 – в опекунах.

При этом отмечается рост нерегистрируемых фактических браков, т.е. происходит уход значительной части брачных отношений в так называемую нелегитимную плоскость; внебрачных рождений, увеличение возраста вступающих в брак, увеличение возраста родителей на момент рождения первого ребёнка в семье, увеличение числа разводов, сокращение среднего размера семьи, преобладание неполных «материнских семей», а также семей с людьми преклонного возраста (вдовствующая семья); «усыновленного родительства»; снижение экономической роли мужчины в семье; рост девиантности и ухудшение качества социализации единственных детей. Усиливаются проблемы, препятствующие браку: недостаточная социально-психологическая готовность к браку; распространение добрачных связей; изменение морально-этических норм во взаимоотношениях полов; изменение традиционных семейных ролей мужчины и женщины; психологические перегрузки партнеров; завышенные требования по отношению к брачному партнеру; психические расстройства и болезни зависимости от психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания) партнёров; снижение эффективности взаимодействия между поколениями в семьях; отсутствие жилья и достойного заработка; утрата семьей своей производственной функции. Увеличивается число альтернативных («новых») форм семейного устройства.

Изменения семьи связаны с изменением роли личности, все большим ее значением в современной социальной жизни, нарастанием индивидуализма в структуре личности. Эта глобальная тенденция начинает противоречить традиционным представлениям о жизненном цикле семьи. Все это свидетельствует о наличии тенденции разделения институтов брака и семьи: расхождения брачного и репродуктивного поведения, изменений репродуктивной функции семьи при смене ранее доминирующих стереотипов значимости генетического родства, что имеет непосредственное отношение к демографическим процессам. С другой стороны, демографические показатели популяций людей (размер, уровень рождаемости и смертности, возрастной состав, экономическое состояние, уклад жизни) оказывают сильное воздействие на генофонд популяции. Также следует иметь в виду этнопопуляционные особенности. Этнические русские в стране составляют 80 % населения, 20 % – это около 200 национальностей. Но у этих народов, населяющих Россию, есть одна общая проблема – сверхнизкая рождаемость. Поэтому наблюдается рост гетеронациональных браков, многоженство в мусульманских республиках (Татарстане и др.). Отметим наличие этико-гуманитарных проблем демографических, генетических аспектов современной семейной ситуации. Психолого-философские проблемы, связанные с репродуктивной жизнью человека и семьи, вспомогательными репродуктивными технологиями, абортами, предимплантационной генетической диагностикой наследственных заболеваний и пола плода, неонатальной реанимацией, феноменом «эмоциональной привязанности» при кормлении грудью при суррогатном материнстве; понятиями статуса «родитель» и пр. предъявляются на разных уровнях.

Исследования семьи больного психическими расстройствами ученых ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН охватывают многие аспекты. Со времени проведения первой межрегиональной научно-практической конференции «Психическое здоровье семьи в современном мире» в 2009 г. проделана колоссальная работа. В рамках исследований аддиктивных состояний в различных социальных группах (Аболонин А. Ф., Воеводин И. В.) установлены новейшие данные по психологии зависимости и созависимости у женщин из аддиктивных семей (Бохан Н. А., Стоянова И. Я. Мазурова Л. В.); показана высокая степень сопряженности аддиктивного и противоправного, агрессивного отклоняющегося поведения подростками «группы риска» (Гаврилова В. А., Иванова С. А.). В результате многолетних исследований шизофренических психических расстройств признано, что семья пациента является активным участником психореабилитационного процесса, направленного на со-

хранение или восстановление различных форм адаптации больного в микро- и макросоциуме (Семке А. В., Каткова М. Н.); на основе предложенного понятия «семейно-генетического кризиса» разработана многоуровневая модель функционирования семьи, показан адаптационно-превентивный потенциал семейной системы больного с определением ресурсов и ограничений, мишеней и механизмов воздействия (Гуткевич Е. В.). Основными факторами дезадаптации при непсихотических психических расстройствах, в частности у пациенток с истерическими проявлениями в климактерическом возрасте, являются дисгармоничные семейные взаимоотношения (Лукьянова Е. В.); выявлены особенности функционирования семей ликвидаторов аварии на ЧАЭС, обоснованы показания для системной семейной психотерапии (Рудницкий В. А., Иванова А. А.).

Проведены исследования становления материнской ролевой идентичности у беременных женщин (Стоянова И. Я., Магденко О. В.); обоснованы комплексные программы психокоррекционной помощи беременным с гиперандрогенией (Гуткевич Е. В., Агаркова Л. А., Габитова Н. А.). Завершена комплексная тема научно-исследовательской работы «Клинико-патобиологические закономерности развития, реабилитации, профилактики инвалидирующих психических расстройств у детей и подростков в регионе Сибири» с выявлением медико-генетических предпосылок и условий формирования психических расстройств у детей; разработкой, апробацией и внедрением современных методов медико-психологической работы с детско-подростковым контингентом — детьми, подвергшимися эмоциональному насилию, одаренными детьми, детьми с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными способностями (Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С., Гуткевич Е. В., Агарков А. А.).

В настоящее время становится всё более очевидным, что для смягчения кризисных семейно-демографических явлений и связанных с ними психолого-психиатрических проблем справедливо указать на существующие в современном российском обществе резервы, возможности серьезного анализа, и самое главное, выработку конструктивных решений. Междисциплинарные исследования семьи являются перспективными для изучения основных клинико-динамических, социально-психологических, адаптационных и других факторов при болезнях зависимости и психических расстройствах разного возраста. Системный подход позволяет продолжить развитие научных представлений в сфере превентивной и персонализированой медицины.

Желаем участникам II Российской конференции с международным участием, посвященной актуальным аспектам семейных исследований психического здоровья, плодотворной работы, определения перспективных направлений по изучению роли семьи при болезнях зависимости и различных психических расстройствах, творческих успехов в профессиональной деятельности и крепкого здоровья.

*Н. А. Бохан, директор ФГБУ «НИИПЗ» СО
РАМН, профессор, член-корреспондент РАН,
Заслуженный деятель науки РФ*

*Е. В. Гуткевич, ведущий научный сотрудник
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, доктор меди-
цинских наук*

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ВОСПИТАННИКОВ ТОМСКИХ ДЕТСКИХ ДОМОВ К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ

Асютина О. Н., Корке Е. В., Сырямкина Е. Г.

**Томская региональная общественная организация
«Агентство содействия молодой семье «Эгида», Томск**

Среди человеческих ценностей семье отводится одно из важнейших мест в ценностном ряду, так как большинство людей на протяжении всей своей жизни так или иначе связаны с семьей, она является естественной частью жизни каждого человека. Именно в семье закладываются основы нравственности человека, формируются нормы поведения, раскрываются внутренний мир и индивидуальные качества личности.

Воспитанники детских домов и приютов имеют, как правило, негативный образ семьи в своем прошлом опыте, что, по мнению психологов, является причиной воспроизводства неблагополучия семейных отношений при создании собственных семей.

В начале 2007 г. в России насчитывалось 748 тысяч детей-сирот (2,8 % от всей детской популяции). На сегодняшний день эта цифра увеличилась примерно на 200 тысяч. В это число входят дети, находящиеся под опекой, усыновленные, живущие в приемных и патронатных семьях, и дети, содержащиеся в детских интернатных учреждениях. Безусловно, государством делается все возможное для помощи детям, по каким-либо причинам оставшимся без попечения родителей. В интернатных учреждениях создаются все условия для их комфортного проживания. Но какими бы хорошими не были условия в интернате, насколько бы профессиональными не были воспитатели, они не способны заменить ребенку семью.

Интернатные учреждения ограничены в возможностях социализации воспитанников, и причины этого кроются в закрытости учреждений, в замкнутом круге общения, в «казенной» атмосфере. Самый эффективный институт социализации — это семья. Семья дает ребенку чувство защищенности, опыт уважения и доверия к взрослым, сотрудничества, взаимной поддержки, заботы и ответственности. Ребенок, который лишен опыта семейной жизни, неизбежно деформируется как в личностном, так и социальном плане. У детей-сирот отсутствуют возможности усвоения социального опыта родителей и прародителей путем подражания образцам их поведения и способам преодоления жизненных трудностей, что существенно затрудняет процесс адаптации к семейной жизни.

Из приведенных данных Генпрокуратуры отчетливо просматривается, как невелик процент выпускников, которым удастся адаптироваться к жизни вне интернатного учреждения. Помимо отсутствия социальных навыков, у подростков не выработана модель поведения в семейной жизни. В условиях казенного проживания у них не вырабатывается способность к любви и привязанности к другим людям, отсутствует базовое доверие к окружающим. Кроме того, для них характерны низкая самооценка, неуверенность в себе, пассивность, склонность жить одним днем, неумение планировать будущее. Все это отрицательно сказывается как на жизни в целом, так и на устройстве семейной жизни выпускника интернатного учреждения. Отсутствует также мотивация на создание полноценной семьи, которая к тому же предполагает высокий уровень ответственности человека, и как моральных, так и материальных вложений.

Разумеется, ведется работа по адаптации, по наиболее плавному вливанию воспитанников детских домов в самостоятельную жизнь. Все большую популярность приобретают замещающие семьи, к которым относятся опекуны, усыновители, приемные семьи, патронатные, гостевые или временные семьи. Практически в каждом регионе существуют организации, сайты, которые ведут работу с выпускниками интернатных учреждений. Например, портал «Дети-сироты России и стран СНГ» (<http://www.cigota.ru>) занимается помощью как детям, находящимся в учреждениях интернатного типа, так и их выпускникам. Помощь адресная, как материальная, так и консультационная по различным вопросам. Во многих городах существуют так называемые социальные гостиницы, в которых на первых порах выпускники детских домов могут разместиться и получить квалифицированную помощь в различных вопросах.

Региональными и местными администрациями ведется работа с выпускниками детских домов. В Томской области защитой прав детей-сирот, обеспечением их жильем занимается Департамент по вопросам семьи и детей Томской области.

В Томске открыт Центр постинтернатной адаптации выпускников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в котором ведут прием такие специалисты, как социальный педагог, юрист, врач, психологи. Дефицитные знания в области подготовки к семейной жизни восполняются за счет медицинских учреждений, но они в основном направлены на формирование осознанного родительства. К сожалению, предметная и адресная подготовка подростков интернатных учреждений к вступлению в брак и к будущей семейной жизни недостаточно представлена не только в данных учреждении-

ях, но и в общих образовательных школах, хотя это важная составная часть воспитательной системы подрастающего поколения. Работа по подготовке к семейной жизни может побудить школьников задуматься над тем, как создаются хорошие взаимоотношения в семье, как сделать их долговечными, как строить семейное счастье.

Очевидно, что воспитанники интернатных учреждений нуждаются в неких проводниках в новую для них взрослую и интимную жизнь. Поэтому сотрудниками Томской региональной общественной организацией «Агентство содействия молодой семье «Эгида» Томского государственного университета была разработана программа курса «Азбука семейной жизни», направленная на создание положительного образа семьи у подростков-воспитанников томских детских домов, на подготовку их к семейной жизни. Курс включал в себя тренинги по развитию личностного роста и развитию коммуникативных навыков, практические занятия, где воспитанники в форме ролевых и сюжетных игр, приближенных к реальной семейной жизни, осваивали область семейных отношений. Принцип «равный учит равного», то есть никаких учителей и воспитателей, только студенты, готовые ответить на любые интересующие вопросы, обсудить актуальные для подростков проблемы, позволил создать комфортную атмосферу на занятиях, консультациях и тренингах.

Сотрудниками агентства предложен ряд возможных тем для дальнейших занятий, и совместно с ребятами были выбраны следующие темы занятий: конфетно-букетный период, незарегистрированный брак: за и против, семейные традиции, осторожно – семейный конфликт, родительское счастье. Курс «Азбука семейной жизни» повысил у подростков уровень просвещенности по вопросам семейной жизни, помог сформировать положительный образ семьи, установки на создание здоровой семьи.

Критерием эффективности в работе можно считать результаты входной-выходной анкеты. Результаты анкетирования позволили сделать вывод, что подростки получили осознанные знания по семейным вопросам, овладели умениями ухода за ребенком, выхода из конфликтных ситуаций. На данном этапе, в соответствии с возрастом испытуемых, достаточно достижения смысловой готовности, позволяющей адекватно относиться к формированию культуры половых взаимоотношений. Значимость и эффективность данной работы отмечена в отзывах сотрудников, благодарностях администраций детских домов и благодарственном письме Департамента по вопросам семьи и детей Томской области. Курс «Азбука семейной жизни» был также удостоен серебряной медали Всероссийского конкурса «Мир молодости».

АДАПТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Бородюк Ю. Н., Дмитриева Е. Г.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Шизофрения является психическим заболеванием, при котором рано и глубоко нарушается социальное функционирование больных, существенно ухудшается качество жизни, что приводит к выраженной дезадаптации пациентов в большинстве сфер жизни (Мухаметшина З. Ф., 2009; Horan W. P., Kern R. S. et al., 2008). Шизофрения относится к первой десятке ведущих причин инвалидности в мире (Медведев В. Э., 2011).

В настоящее время показатели социального функционирования все более активно рассматриваются исследователями в качестве диагностических критериев, а повышение показателей качества жизни и достижение приемлемого уровня адаптации больных шизофренией становится одной из основных целей лечения (Демчева Н. К., 2006; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2007). Признано, что адекватный подход к организации лечебно-реабилитационных мероприятий может обеспечить улучшение качества жизни больных шизофренией и их социального функционирования (Herold R., 2012). Учитывая данные, согласно которым пациенты с шизофренией достоверно чаще страдают рядом соматических заболеваний (Robson D., Gray R., 2007; Vial-Cholley E., 2010), проблема изучения воздействия сопутствующей патологии на различные аспекты адаптиогенеза психически больных становится особенно актуальной.

В программах терапии шизофрении в настоящее время все чаще используются антипсихотические препараты последних поколений, тем более учитывая тот факт, что как и любые другие лекарственные средства, психотропные препараты, оказывая основное положительное терапевтическое действие, способны вызывать различные нежелательные побочные эффекты, воздействие психофармакотерапии в настоящее время рассматривается как один из значимых факторов, влияющих на качество жизни и адаптационные возможности больных шизофренией.

Цель исследования: изучить особенности адаптации и качества жизни больных параноидной шизофренией с нарушениями липидного обмена.

Материалы и методы исследования: С этой целью на базе отделения эндогенных расстройств ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН с 2012 г. начато обследование пациентов, страдающих параноидной шизофренией, в возрасте не моложе 18 лет и с давностью катамнеза не менее 1 года. Диагноз выставлен на основании критериев МКБ-10. Всем обследуемым больным дважды осуществляли забор крови в количестве 10 мл до и через 45 дней после начала терапии, с целью динамического исследования биохимических показателей: холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности, липопротеидов низкой плотности. Все пациенты дважды (на момент поступления в стационар и при выписке) обследованы по шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS). Качество жизни и характер ремиссий определяются при помощи Шкалы оценки негативных расстройств у больных шизофренией в ремиссиях.

Результаты и их обсуждение. Было обследовано 80 пациентов, все они были распределены на две группы. В первую группу вошло 52 человека, которые в качестве терапии получали атипичные антипсихотики: кветиапин, оланзапин, рисперидон. Во вторую группу вошло 28 человек, которым в качестве терапии назначался галоперидол.

Выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание больных в возрасте от 20 до 35 лет – 56,0 % в основной группе и 54,4 % в группе сравнения. Средний возраст начала инициального периода в группе пациентов, принимающих атипичные нейролептики, составил $19,2 \pm 6,3$ года; в группе пациентов, принимающих галоперидол, – $18,3 \pm 7,2$ года. В среднем давность заболевания составляла $15,4 \pm 7,8$ года в основной группе и $10,4 \pm 8,8$ года в группе сравнения.

Отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание пациентов, имеющих инвалидность по психическому заболеванию – 46 человек (85,7 %) в первой группе и 27 (94,4 %) во второй группе. Несмотря на имеющуюся группу инвалидности, 39 человек в первой группе, находясь в ремиссиях, продолжали работать, во второй группе работающих пациентов не обнаружено. Пациентов, имеющих группу инвалидности по соматическому заболеванию, ни в одной из групп не зафиксировано. Отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание в первой группе пациентов, имеющих среднеспециальное образование – 36 человек (70 %) и среднее общеобразовательное во второй группе – 20 человек (72,2 %). Анализ семейного статуса пациентов показал, что в начале заболевания в группах достоверно реже встречались женатые (замужние) пациенты, практически все проживали с родителями или одни. На момент осмотра также статистически значимым было преобладание доли не замужних ($p < 0,05$).

Среди исследованных пациентов преобладали лица с индивидуальной компенсаторно-приспособительной защитой по типу укрытия под опекой в обеих группах – 38 человек (73 %) в первой группе и 24 человека (85,7 %) во второй группе.

На момент осмотра среди пациентов, принимающих атипичные нейролептики, статистически значимым было преобладание лиц с экстравертным типом адаптации, а среди пациентов, принимающих галоперидол, преобладали лица с интравертным типом адаптации.

Увеличение массы тела в среднем на 1–1,5 килограмма за 45 дней вне зависимости от пола зафиксировано у 70 % больных в первой группе и у 40 % больных во второй группе.

При сравнении показателей липидного обмена достоверных различий между группами в процессе терапии не выявлено. Исходный липидный профиль характеризовался сопоставимыми показателями. Концентрация холестерина и липопротеидов низкой плотности в сыворотке крови больных параноидной шизофренией под действием терапии не изменяется и остаётся в пределах референтных значений как в первой, так и во второй группах. До назначения терапии концентрация триглицеридов в сыворотке крови больных не превосходит таковую у здоровых лиц. После курса терапии количество триглицеридов достоверно увеличивается, что соответствует ожиданию. Концентрация липопротеидов высокой плотности в сыворотке крови больных шизофренией ниже таковой у здоровых лиц. Под влиянием терапии происходит еще большее выраженное снижение исследуемого показателя. Данные результаты позволяют говорить нам о развитии метаболических нарушений, а также о формировании соматической патологии при терапии атипичными нейролептиками.

Выводы. При терапии атипичными нейролептиками увеличение массы тела возникает почти в 2 раза чаще, чем в случаях лечения типичными нейролептиками. Как в группе пациентов, получавших терапию атипичными нейролептиками, так и в группе пациентов, находящихся на лечении галоперидолом, уровень холестерина, липопротеидов низкой и высокой плотности в сыворотке крови оставался без существенных изменений; уровень же триглицеридов повышался, но без существенных различий в обеих группах. Пациенты, принимающие в качестве терапии атипичные нейролептики, госпитализировались реже в психиатрический стационар. Инвалидность по психическому заболеванию чаще имели пациенты, принимающие атипичные, чем пациенты, принимавшие терапию типичными нейролептиками. У пациентов первой группы преобладал экстравертный тип адаптации, при котором психические расстройства в ремиссиях не препятствуют восста-

новлению или сохранению социально полезных навыков в межприступный период. У пациентов второй группы преобладал интравертный тип адаптации, при котором отмечается регресс социально полезной активности с одновременным формированием тенденции к существованию за счет окружающих. Таким образом, вопрос о выборе препарата для терапии в острый период и с целью поддерживающей терапии должен решаться индивидуально, учитывая риск развития побочных эффектов.

ПРОБЛЕМА СОЦИОГЕНЕЗА СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Бохан Т. Г.

Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск

Один из основных принципов психического развития в отечественной культурно-исторической психологии развития – принцип социогенеза психики – требует изучения генезиса совладающего поведения как процесса интериоризации социокультурного опыта совладания с жизненными трудностями. Социокультурный опыт совладания с трудными жизненными ситуациями отражен в народных традициях переживания трудностей, в собирательных образах героев народного эпоса, в народном литературном творчестве – пословицах и поговорках. Учитывая, что этнокультурные ценности транслируются через систему семейного воспитания, возникает интерес к изучению социализации стратегий совладающего поведения в различных этнокультурных средах.

Цель исследования: выявить связь стратегий совладающего поведения в вербальных наставлениях родителей с содержанием трудных ситуаций, копинг-стратегиями и копинг-ресурсами их детей. В исследовании принимали участие подростки и юноши народов Сибири (алтайцы – 120 чел., буряты – 136 чел., татары – 80 чел., шорцы – 60 чел.). **Методы исследования:** свободные высказывания на вопросы: «Какими способами добиваются успеха и справляются с трудностями герои Вашего народного эпоса? Приведите примеры из сказок, легенд», а также «Опишите, как учили или учат Вас Ваши родители (что они говорили, как наставляли) справляться со стрессовыми, трудными ситуациями?»; методика незаконченных предложений, адаптированная под задачи исследования; методика оценки базовых копинг-стратегий Амирахана, методика оценки копинг-стратегий в различных сферах Хайма, опросник социально-психологической адаптации Даймонда-Роджерса.

Методы обработки: компьютерный частотный анализ лексики ответов, затем фиксировались ассоциативные поля понятий, словоформы и словосочетания, где они встречаются, использовался метод контент-анализа. Был применен корреляционный анализ.

Наиболее часто встречаемыми категориями традиционных культурных представлений о стратегиях совладающего поведения в самосознании подростков и юношей явились: «труд, умение», «упорство», «хитрость», «магия», «сила», «мудрость», «ум», «храбрость», «помощь». В ответах большинство респондентов ссылались на конкретных героев народного эпоса (например, Алтын-арыг, Абакан, Алыты, Абахай, Боор, Ирбизек, Кара-Магдай, Оогы-Бала, Аргымак, Ырысту, Сынару, Эрельдей, Шуну, «те, которые читают «Ак-кей», Чельбен, Мирассу, Шимельдео, таежный охотник). Большинство стратегий преодоления характеризуется в качестве определенных личностных свойств и действий. Выделены также категории стратегий преодоления трудностей, ориентированные на внешний фактор помощи, где наряду с использованием «магии», обращением за помощью встречаются альтруистические стратегии (забота о людях, любовь к родине, оказание помощи нуждающимся).

Анализ высказываний респондентов, каким образом учили их родители справляться с трудными ситуациями, позволил выделить ряд наиболее часто встречаемых категорий родительских установок в воспитании детей в различных этнических группах в отношении совладания с трудностями. Среди категорий определились следующие: «не скрывать, спросить совета», «избегать, не попадать в проблемные ситуации», «обдумывать, анализировать», «все само решится», «не теряться», «решать проблемы самостоятельно», «уметь терпеть трудности, проявить терпение». Отдельные наставления родителей в совладании с трудностями касались обращения к Богу, к работе, труду, любви и уважению к людям, честности, знаниям. Респонденты приводят в высказываниях такую стратегию, как пример родителей: «отец примером показывал для меня, как поступать наоборот», «они всегда твердят, чтобы мы не попадали в трудные ситуации, а сами угрожают. А то, что мне делать в том случае, если я уже оказалась в ней, мне не говорят. Наверное, это им в голову не приходит».

Все категории родительских наставлений разным образом проявили корреляционные связи с категориями трудной ситуации, стратегиями совладания и личностными ресурсами, представлениями о совладании из народного эпоса подростков и юношей во всех группах. В группе алтайцев и татар 5 категорий родительских наставлений показали корреляционные связи, в группе шорцев – 6, в группе бурят – все 7.

Мы приводим примеры наиболее распространенных в данных группах связей родительских наставлений. Родительское наставление «не скрывать от родителей» показало в группах алтайцев, бурят и шорцев положительные связи восприятия трудной ситуации как ситуации беспомощности и напряженности негативных переживаний с копинг-стратегией «обращение за советом», у бурят – обратную связь с дезадаптацией и внутренним контролем. В этих же группах наставление на «избегание трудных ситуаций» прямо связано с восприятием трудной ситуации как непонимания и напряженности негативных переживаний и представлениями о том, что их сверстники могут прибегать при совладании с трудностями к наркотическим веществам у алтайцев; отрицанием собственных трудностей и указанием на трудности в семье у бурят; напряженностью переживаний и безразличием к трудностям своих сверстников, обратную связь с конструктивной копинг-стратегией у шорцев. Наставление «Не теряться» в данных группах показало общие тенденции – прямые связи с восприятием трудной ситуации как преодоления, эмпатийным отношением к сверстникам других национальностей, конструктивной копинг-стратегией, копинг-стратегиями относительности и придания смысла возможности самосовершенствования, с копинг-ресурсами эмоционального комфорта, отсутствия дезадаптации и эмоционального дискомфорта.

В группах бурят, шорцев и татар в отношении наставления «спросить совета у родителей» выявлены как общие, так и специфические для этнических групп связи. Прямая связь обнаружена с копинг-стратегией «обращение за советом» во всех группах; у бурят данное наставление связано с восприятием трудной ситуации как трудности общения с друзьями, обратно связано с конструктивной копинг-стратегией и подавлением эмоций; у шорцев – с восприятием трудной ситуации как безвыходной, представлениями о возможном использовании наркотических средств при совладании с трудностями их сверстников других национальностей, копинг-стратегией самообвинения; обратные связи установлены с копинг-ресурсами неприятия себя и других, дезадаптацией, эмоциональным дискомфортом и внешним контролем. В группе татар – прямая связь с пониманием необходимости собственных активных действий, копинг-стратегией диссимилиации, подавлением эмоций, покорностью, отрицательная связь с копинг-стратегией оптимизма, с показателями копинг-ресурсов – прямая связь с доминированием и установочной ригидностью. Наставление «обдумать и анализировать ситуацию» проявило корреляционные связи, характеризующие как общие, так и специфические тенденции в группах общей выборки. Общей тенденцией явилась обратная связь с копинг-

стратегией оптимизма. Специфическими стали положительные связи с восприятием трудной ситуации как ситуации непонимания для группы шорцев, у бурят – переживание трудностей в семье, в группе татар – это восприятие трудной ситуации как отсутствие выхода. Специфические для каждой группы связи определены с копинг-стратегиями: в группе шорцев – положительные связи с диссимиляцией, обращением за советом, эмоциональной разгрузкой; в группе бурят – с пониманием необходимости действовать, в группе татар – с защитой и самообвинением. Выявленные связи указывают на обоснованность постановки данной проблемы и необходимость ее дальнейшего более глубокого изучения, что позволит получить новые научные данные в области этнокультурного аспекта генезиса совладающего поведения, которые могут быть положены в основу педагогической и психологической работы в различных социальных практиках.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В МОЛОДЫХ СЕМЬЯХ

Васильева Н. А.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Проблемы охраны психического здоровья детей дошкольного возраста занимают особое место, обусловлены они как важностью раннего выявления нарушений и их коррекцией для последующего роста и развития детей, так и сложностью диагностики. Важнейшая роль в процессе развития детей принадлежит семье, способной оценить особенности психологического развития ребенка и принять адекватное, своевременное участие в диагностике и коррекции возникших нарушений.

В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к росту числа больных детей с пограничными нервно-психическими расстройствами. За последние 5 лет частота психической патологии среди детей до 14 лет увеличилась на 16,7 %, непсихотические психические расстройства выявляются в 65,9 % случаев (Буторина Н. Е., 2001). По данным других авторов, пограничные психические расстройства у детей составляют от 20 до 30 % общей психической заболеваемости (Игумнов С. А., 1999; Прихожан А. М., 2000; Антипов В. М., 2001). Почвой для возникновения расстройств пограничного спектра достаточно часто является резидуальная органическая недостаточность головного мозга или минимальная дисфункция мозга. По данным обследования детских садов и школ г. Санкт-Петербурга, более чем у 40 % детей отмечаются эти дисфункции (Ясюкова Л. А., 1997).

При анализе данных медицинской статистики отмечается отчетливый рост показателей первичной заболеваемости детского населения непсихотическими психическими расстройствами как в РФ и СФО, так и в Томской области. В период с 2000 по 2010 г. в Томской области число детей, обратившихся за консультативной помощью, выросло с 612,8 до 1196,1 на 100 тысяч детского населения. В нозологической структуре детской первичной заболеваемости ТО психические расстройства непсихотического характера имеют наибольший удельный вес, достигая в отдельные годы 68—83 %.

Среди детского населения Томска первичная заболеваемость непсихотическими расстройствами возросла с 779,5 (2000 г.) до 1441,5 (2007 г.) на 100 тысяч детского населения. В основном этот показатель представлен детьми, обратившимися за консультативно-лечебной помощью, удельный вес группы диспансерного наблюдения колеблется от 2 до 20 %.

С целью изучения распространенности пограничных расстройств и разработки оптимальных программ реабилитации проведено сплошное клиничко-психопатологическое и психологическое обследование детей в возрасте 5—6 лет в детском дошкольном учреждении Ленинского района Томска. Объективные сведения получены от родителей, воспитателей, а также из поликлинической медицинской документации. Дети проживали в 95 % в полных семьях, средний возраст матерей при рождении ребенка был 26,5-28,4 года, средний возраст отцов – 30—30,5 года. В единичных случаях опеку над детьми осуществляли бабушки.

Всего обследовано 146 детей, соотношение мальчиков и девочек 1:1. Для уточнения диагноза большей части детей проводились дополнительные исследования – ЭЭГ, РЭГ и Эхо-ЭГ, консультации окулиста, невропатолога. В анамнезе у 70 % обследованных детей выявлены антенатальные и перинатальные повреждающие факторы, большая часть детей до года наблюдалась у невролога с последствиями перинатального поражения ЦНС. Все выявленные расстройства были непсихотического уровня. Максимальный удельный вес составили расстройства психологического развития в виде расстройств экспрессивной речи (общего недоразвития речи), они диагностированы у 49 % девочек и 63 % мальчиков. У всех детей этой группы отмечались признаки резидуально-органической церебральной недостаточности разной степени выраженности, проявляющиеся в задержках речевого и психомоторного развития, дизартриях, вегетососудистых нарушениях, внутричерепных гипертензионных синдромах. Высокий удельный вес имели гиперкинетические расстройства, сочетающиеся с расстройствами психологического развития. Нарушения памяти, мышления, внимания от

легкого ослабления до формирования у 11 % девочек и 28 % мальчиков синдрома дефицита внимания, а у 5 % детей задержки психического развития. Невротические расстройства выявлялись в единичных случаях и были представлены у 5 % детей нарушениями адаптации в первые полгода посещения детского сада, у 3 % – невротическими страхами, логоневрозом – у 3 % девочек и 2 % мальчиков. Расстройства социального функционирования в виде элективного мутизма было диагностировано у 3 % детей. Энурез неорганической природы выявлялся у 6 % девочек и 9 % мальчиков.

Коррекция выявленных непсихотических психических расстройств осуществлялась непосредственно на базе детских дошкольных учреждений с участием логопеда и психолога. Большой удельный вес занимала психокоррекционная работа с родителями, проводимая с целью выработки адекватных, партнерских отношений. Динамическое наблюдение и реабилитация проводилась психиатром с использованием медикаментозного и психотерапевтического воздействия, широко использовали массаж и физиотерапию.

Раннее выявление и адекватная терапия непсихотических психических расстройств в детском дошкольном возрасте позволили в 90 % случаев достигнуть уровня здоровья.

«ТОЛЕРАНТНОЕ» МЫШЛЕНИЕ КАК ИРРАЦИОНАЛЬНАЯ КОГНИТИВНАЯ УСТАНОВКА (КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА ПОДДЕРЖКУ ИНСТИТУТА ТРАДИЦИОННОЙ СЕМЬИ)

Воеводин И. В.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск

Когнитивно-поведенческий подход в клинической психологии и психотерапии рассматривает как ключевую характеристику психологической уязвимости наличие иррациональных когнитивных установок (ИКУ); по терминологии различных авторов – когнитивных искажений, иррациональных убеждений, когнитивных ошибок, ошибок мышления, стилей обработки информации. Уязвимость в данном случае состоит в искаженной интерпретации субъективно значимых внешних ситуаций, а также собственных ожиданий, прогнозов, воспоминаний и т. п.

Искаженная интерпретация оценки ситуаций, возникающая вследствие наличия ИКУ, в свою очередь, лежит в основе неадаптивного реагирования на эти ситуации. В итоге мы наблюдаем формирование психодезадаптационных состояний, психических и поведенческих расстройств.

Когнитивные установки образуют континуумы двух типов. Первый, двухмерный тип континуума характеризуется наличием отрицательного (иррационального) и положительного (рационального) полюсов. К такому типу континуумов относятся, например, «драматизация ситуаций/адекватный масштаб переживаний», «долженствование/пожелание», «внешний/внутренний локус контроля». Второй, трехмерный тип континуума — это наличие «золотой» (рациональной) середины и двух противоположных (иррациональных) крайностей. Примерами подобных континуумов могут послужить способность к отсроченному риску (с крайностями безрассудства и нерешительности), оптимальный баланс собственных и чужих интересов (крайности — выраженный эгоизм с нарушением интересов окружающих и жертвенность с пренебрежением собственными интересами).

В ряде случаев ИКУ носят массовый характер и даже активно насаждаются обществу средствами массовой информации под воздействием тех или иных политических сил. Наиболее часто это относится к установкам долженствования, а также оценочным установкам (дихотомического, черно-белого мышления, навешивания ярлыков). В этих случаях мы наблюдаем манипулирование общественным сознанием и массовые девиации.

В современном мире для проблемы полноценного функционирования и развития института семьи имеют значение массовые ИКУ, связанные с понятием «толерантность», в ряде случаев речь идет о толерантности к явлениям, явно идущим вразрез с традиционными семейными ценностями. Неоднозначность данного понятия находит отражение даже в попытках дать определение термину. Одна из интернет-энциклопедий определяет толерантность как терпимость к иному мировоззрению, образу жизни, поведению и обычаям, как принятие других культур, способов самовыражения и проявления индивидуальности. Другая энциклопедия характеризует тот же термин как противоестественное, иррациональное поведение человека или общества, выражающееся в терпимости к нарушению принятых в обществе этических норм, традиций, попранию его ценностей, с навязыванием чуждых норм, традиций и ценностей.

Попытка сопоставить данные определения друг с другом неизбежно приводит к когнитивному диссонансу. Куда же может быть отнесена толерантность, как социальный феномен, в континуумах «адаптивное/дезадаптивное», «просоциальное/антисоциальное» и т. д.? Неопределенность вопроса приводит к нестабильности, углубляющейся поляризации мнений, взаимным обвинениям сторонников различных взглядов, а в итоге – к несформированности общественного мнения в целом. Подобная ситуация является благоприятным фоном возникновения сил, целенаправленно разрушающих традиционный институт семьи (движения ЛГБТ, «чайлд-фри»), а также явлений, серьезно искажающих его (рост числа «гражданских браков», аборт и т. п.).

Таким образом, попытка использовать двухмерный континуум «толерантность/интолерантность» сама по себе является фактором поддержания напряженности – вследствие сохраняющегося когнитивного диссонанса, крайней сложности соотнесения данного континуума с другими, включая сам континуум «добро/зло». Весомость аргументов, как о недопустимости стеснения свободы, так и о недопустимости нарушения продуманных и ценных норм и традиций, делает практически невозможной постановку в данном вопросе «последней точки». В свою очередь, это подвергает институт семьи продолжающимся «испытаниям на прочность» вместо оказания необходимой поддержки со стороны общества.

Выходом из сложившейся ситуации может быть переход к иному, трехмерному континууму. Основанием нового континуума служат обязательное рассмотрение и четкое разделение понятий, близких к христианским понятиям «греха» и «грешника» (например, «поведение» и «носитель», «девиация» и «девиант» и т. д.). Исходя из этого четкого разделения, «золотой» рациональной серединой будет принятие, прощение, милосердие к «грешнику» при полном, абсолютном неприятии «греха», его пропаганды и попыток пересмотра отношения к нему. Модель трехмерного континуума предполагает замену стратегий осуждения и наказания (иррациональный полюс интолерантности, нетерпимости, жестокости) на стратегии «принятия таким, как есть», стимулирования мотивации к изменениям, помощи в осуществлении изменений. В то же время исключается и дезадаптивное воздействие противоположного (толерантного) иррационального полюса – терпимости к самому отклонению, замены норм и ценностей под предлогом «борьбы за свободу и равенство».

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Ворсина О. П.

ГУЗ «ИОКПБ № 1», ГБОУ ДПО «ИГМАПО» Минздрава России, Иркутск

Большое значение в суицидальном поведении детей и подростков играет семья. У подростков, в семьях которых имеет место насилие, значительно возрастает риск суицидов и суицидальных попыток. Повышенный суицидальный риск имеют молодые люди из негармоничных семей, в таких семьях вырастают до 40 % детей и подростков с суицидальным поведением (Панченко Е. А., 2011). Высокой суицидогенной опасностью обладает патологическое воспитание в родительской семье. По данным Б. С. Положего и др. (2011), более 90 % детей и подростков с различными формами суицидального поведения получили патологическое воспитание в своих родительских семьях. Д. Н. Исаев (2004), изучив особенности суицидального поведения у умственно отсталых детей в возрасте от 10 до 15 лет, обнаружил, что причиной суицидального поведения у них является не интеллектуальный дефект, а расстройство личности, сформировавшееся на фоне резидуальных органических поражений головного мозга. Из-за депривации и/или отвержения у умственно отсталых детей не формируется чувство уверенности в себе и защищенности.

Показатели законченных суицидов детей и подростков Иркутской области остаются стабильно высокими и превышают как мировые (дети – 0,4-1,5 случая на 100 тысяч населения, подростки – 7,3 на 100 тысяч населения соответствующего возраста), так и российские показатели (частота суицидов несовершеннолетних в РФ составила в 2010 г. 3,9 случая на 100 тысяч населения). Законченные суициды детей и подростков Иркутской области за 1991-2009 гг. увеличились у детей в 1,4 раза ($p > 0,5$), у подростков – в 1,7 раза ($p < 0,05$). Число мальчиков, совершивших суициды, превышало аналогичные показатели девочек за анализируемый период в 1,2-12,6 раза. Число юношей, совершивших самоубийство, превышало показатели девушек в 3,1-5,9 раза. Число законченных суицидов мальчиков за 19 лет увеличилось в 1,3 раза ($p > 0,5$), юношей – в 1,7 раза ($p < 0,01$). Показатели законченных суицидов девочек за анализируемый период при достаточно сильных колебаниях (от 0,8 до 7,2 на 100 тысяч населения) к 2009 г. сравнялись с показателями 1991 г.; у девушек число самоубийств выросло в 1,8 раза ($p < 0,001$). Сельские суициды превышали городские среди детей в 1,3-5,0 раза, среди подростков – в 1,1-3,4 раза. Показатели самоубийств сельских детей за 19 лет при сильных колебаниях (от отсутствия суицидов до 22,0 на 100 тысяч насе-

ления) к 2009 г. сравнивались с показателями 1991 г.; суициды сельских подростков за 1991–2009 гг. увеличились в 3,7 раза ($p < 0,001$). Показатели самоубийств городских детей за 19 лет увеличились в 1,3 раза, городских подростков – в 1,2 раза ($p = 0,44$).

Для углубленного изучения социально-демографических и клинических особенностей суицидального поведения детей и подростков Иркутской области, совершивших завершённые суициды, в 2006–2008 гг. была сформирована выборка, включающая 166 погибших, о которых удалось собрать необходимые сведения (133 суицидента мужского пола и 33 – женского).

В возрастном аспекте погибшие распределились на 15 детей в возрасте 12–14 лет и 151 подростка 15–19 лет. По социальному положению дети и подростки, совершившие завершённые суициды, распределились следующим образом (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Социальный состав детей и подростков Иркутской области, совершивших завершённые суициды, в 2006–2008 гг. (абс., %)

Социальное положение	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Учащиеся школ	24	18,1	5	15,2	29***	17,5
Учащиеся ПТУ	10	7,5	5	15,2	15	9,0
Студенты	10	7,5	2	6,0	12	7,2
Военнослужащие	6	4,5	-	-	6	3,6
Осуждённые	3	2,3	1	3,0	4	2,4
Инвалиды	2	1,5	-	-	2	1,2
Работающие	22	16,5	7	21,2	29***	17,5
Не работают, не учатся	56	42,1	13	39,4	69***	41,6
Итого	133	100,0	33	100,0	166	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий: *** – $p < 0,001$.

На первом месте находились лица, нигде не работающие и не учащиеся – 41,6 %. Реже суициденты являлись учащимися школ или работающими – по 17,5 % ($\chi^2 = 12,60$; $p < 0,001$), а также учащимися средних специальных учебных заведений – 9,0 % ($\chi^2 = 26,95$; $p < 0,001$). Студенты вузов составили 7,2 %. Военнослужащие, осуждённые и инвалиды встретились в единичных случаях – 3,6, 2,4 и 1,2 %. Обращает на себя внимание высокий процент детей и подростков, дезадаптированных в социально-трудовой сфере.

Подавляющее большинство детей и подростков на момент совершения ими самоубийства жили дома с родителями – 137 чел. (82,5 %), лишь 19 чел. (17,5 %) проживали вне семьи (учебные либо рабочие общежития, колония, воинская часть) ($\chi^2 = 84,50$; $p < 0,001$).

Деструктивные формы семейного взаимодействия (отсутствие одного из родителей, развод родителей, алкоголизация одного или обоих родителей, физическое насилие со стороны родителей и пр.) встретились у 86 чел. (51,8 %).

Отягощенность семейного анамнеза психическими расстройствами выявлена у 45 совершивших завершённые суициды детей и подростков (27,1 %).

Т а б л и ц а 2

Отягощенность семейного анамнеза по психическим расстройствам у детей и подростков с завершёнными суицидами в 2006-2008 гг.

Наследственная отягощенность	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Алкогольная зависимость	43	79,6	21	65,6	64***	74,4
Умственная отсталость	2	3,7	4	12,5	6	7,0
Наркотическая зависимость	3	5,6	1	3,1	4	4,6
Расстройства личности	3	5,6	1	3,1	4	4,6
Аффективные расстройства	-	-	3	9,4	3	3,6
Суициды	2	3,7	2	6,3	4	4,6
Шизофрения	1	1,8	-	-	1	1,2
Итого	54	100,0	32	100,0	86	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий: *** – $p < 0,001$.

В структуре психической патологии у ближайших родственников ($n=86$) покончивших с собой детей и подростков часто встречалась алкогольная зависимость – 74,4 %, значительно реже – умственная отсталость – 7,0 % ($\chi^2=78,27$; $p < 0,001$), наркотическая зависимость и расстройства личности – по 4,6 % ($\chi^2=84,66$; $p < 0,001$). Аффективные расстройства и шизофрения отмечены в единичных случаях. Завершённые суициды – у 4,6 % ближайших родственников детей и подростков, совершивших самоубийство (табл. 2).

Ретроспективное изучение особенностей воспитания в родительских семьях суицидентов позволило установить, что в 89,2 % случаев стиль воспитания был патологическим (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Тип воспитания в родительской семье детей и подростков, совершивших завершённые суициды (абс., %)

Тип воспитания	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гармоничный	13	9,8	4	12,1	17	10,2
Гиперопека	14	10,5	5	15,2	19	11,5
Гипоопека	32	24,1	7	21,2	39	23,5
Кумир семьи	5	3,7	1	3,0	6	3,6
Авторитарный	69	51,9	16	48,5	85***	51,2
Итого	133	100,0	33	100,0	166	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий: *** – $p < 0,001$.

Наиболее часто при неправильном воспитании встречался авторитарный тип – 51,2 %. От детей и подростков требовались полное подчинение старшим, неукоснительное исполнение их требований, малейшее отступление от установленных правил вызывало недовольство старших. Гипоопека наблюдалась почти у четверти суицидентов в родительских семьях: отсутствовал контроль со стороны старших, дети и подростки были предоставлены сами себе, мало интересовали родителей, ощущали себя ненужными и лишними – 23,5 % ($\chi^2=15,64$; $p<0,001$). Значительно реже отмечались такие патологические типы воспитания, как гиперопека (каждый шаг ребенка продуман взрослыми, все попытки детей и подростков на самостоятельность обречены на провал) и кумир семьи (ребенок растет в обстановке обожания, полной уверенности в своей исключительности) – 11,5 % ($\chi^2=35,55$; $p<0,001$) и 3,6 % ($\chi^2=53,07$; $p<0,001$).

Различные проявления девиантного поведения (ранняя алкоголизация, побеги из дома, реакции группирования со сверстниками, совершение противоправных действий) наблюдались у 53 суицидентов (31,9 %).

До совершения самоубийства подавляющее большинство детей и подростков (86,1 %) не попадало в поле зрения психиатров. В структуре психических расстройств, зарегистрированных на момент совершения суицида детей и подростков, чаще всего встретились умственная отсталость и злоупотребление психоактивными веществами – по 7 случаев (по 30,4 %). Реже наблюдались расстройства личности – 3 случая (13,0 %) ($\chi^2=7,58$; $p<0,01$), шизофрения и аффективные расстройства – по 2 случая (по 8,7 %) ($\chi^2=12,74$; $p<0,001$). Органическое поражение ЦНС и соматоформные расстройства выявлялись в единичных случаях. Необходимо отметить, что злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе выявлено у 27 суицидентов (16,3 %), но лишь 7 чел. (4,2 %) наблюдались при жизни по этому поводу у специалистов.

Установлено, что в 77,1 % случаев суицидов в контингенте детей и подростков присутствовали психотравмирующие мотивы совершения самоубийства, в 22,9 % случаев психотравмирующую ситуацию определить не удалось.

Анализ суицидогенных конфликтов показал (табл. 4), что ведущую роль при совершении завершенных суицидов играли семейные конфликты (насилие со стороны членов семьи, развод, смерть одного из родителей, эмоциональная изоляция членами семьи, алкоголизация и аморальное поведение родителей, отказ родителей в удовлетворении материальных запросов детей и подростков) – 41,0 %. Конфликты со сверстниками (жестокое отношение в группе, оскорбления и насмешки, вымогательство денег и других ценностей, мелкие бытовые ссоры) – в 27,1 % ($\chi^2=3,77$; $p<0,05$). Любовные конфликты в основном встречались у подростков

в возрасте 15—19 лет – 22,9 % ($\chi^2=6,64$; $p<0,05$). Значительно реже причиной самоубийств были школьные конфликты (конфликты с преподавателями, публичное унижение со стороны преподавателей, конфликты на почве неудовлетворительного поведения) – 5,4 % ($\chi^2=34,58$; $p<0,001$). Наиболее редко ведущей сферой суицидального поведения были судебные конфликты (боязнь уголовного наказания за совершенное правонарушение) и связанные с состоянием психического и физического здоровья конфликты – по 1,8 % ($\chi^2=42,78$; $p<0,001$).

Т а б л и ц а 4

**Содержание психотравмирующих ситуаций у детей
и подростков, совершивших завершённый суицид**

Содержание психотравмирующей ситуации	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Семейные конфликты	55	41,4	13	39,4	68	41,0
Конфликты со сверстниками	39	29,3	6	18,2	45*	27,1
Любовные конфликты	28	21,1	10	30,3	38*	22,9
Школьные конфликты	6	4,5	3	9,1	9***	5,4
Судебные конфликты	3	2,2	-	-	3***	1,8
Конфликты, связанные с состоянием здоровья	2	1,5	1	3,0	3***	1,8
Итого	133	100,0	33	100,0	166	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p<0,05$; *** – $p<0,001$.

По ведущим мотивам суицидального поведения (категории личностного смысла) дети и подростки, совершившие завершённые суициды, распределились следующим образом. Суицидальное поведение по типу протеста наблюдалось в 50,6 % случаев. Суицидальные действия с целью привлечения внимания к ситуации (призыв) встретились у 37,3 % ($\chi^2=3,43$; $p=0,06$). Значительно реже выявлялись избегание угрозы, страданий – 7,8 % ($\chi^2=42,41$; $p<0,001$), самонаказание – 3,0 % ($\chi^2=56,04$; $p<0,001$), отказ от жизни – 1,3 % ($\chi^2=62,4$; $p<0,001$).

Анализ длительности психотравмирующих ситуаций показал, что наиболее часто суициду предшествовали конфликты длительностью менее 1 года – 92,8 %. Достоверно реже психотравмирующие ситуации длились более 1 года – 7,2 % ($\chi^2=144,2$; $p<0,001$).

С помощью эпидемиологического метода изучена частота покушений на самоубийство среди детей и подростков Иркутска в 2006—2009 гг. Для этого использовались данные городской станции скорой и неотложной медицинской помощи (ГССМП) Иркутска, областного токсикологического центра, городской Ивано-Матренинской детской клинической больницы Иркутска. Дети в возрасте 10—14 лет, совершившие суицидальные попытки, составили 76 чел. (9,1 %). Подростки 15—19 лет, предпринявшие покушение на самоубийство, составили подавляющее большинство – 757 чел. (90,9 %) ($p<0,001$).

Анализ 4-летней динамики частоты суицидальных попыток детей показал, что у мальчиков этот показатель снизился с 66,5 до 44,0 на 100 тысяч населения ($\chi^2=4,01$; $p=0,045$), а у девочек – вырос с 84,1 до 115,9 на 100 тысяч населения ($\chi^2=4,8$; $p=0,028$). Среднегодовой показатель частоты суицидальных попыток девочек превышал аналогичный показатель мальчиков в 2 раза – 91,9 и 45,3 на 100 тысяч населения ($\chi^2=20,12$; $p<0,001$).

Анализ 4-летней динамики частоты суицидальных попыток подростков показал, что у девушек этот показатель увеличился с 576,0 до 669,7 на 100 тысяч населения ($\chi^2=6,9$; $p=0,008$), а у юношей этот показатель оставался стабильным – 306,9 на 100 тысяч населения в 2006 г. и 329,3 на 100 тысяч населения в 2009 г. Частота суицидальных попыток подростков за 4 года возросла с 440,2 до 500,2 на 100 тысяч населения ($\chi^2=3,69$; $p=0,054$). Среднегодовой показатель частоты суицидальных попыток девушек превышал аналогичный показатель юношей в 2 раза – 630,2 и 318,2 на 100 тысяч населения ($\chi^2=101,54$; $p<0,001$).

Ввиду того, что данные о числе суицидальных попыток детей и подростков по Иркутску за предыдущие годы отсутствуют, можно лишь констатировать факт высокого показателя суицидальных попыток за 2006—2009 гг. Соотношение числа суицидальных попыток детей 10—14 лет и подростков 15—19 лет колебалось от 1:5,9 до 1:8,5.

Сравнение распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток детей и подростков за 2006—2009 гг. (табл. 5) показало, что динамика их соотношения представлена как 1:19,8, 1:28,4, 1:26,7 и 1:50,2 ($p<0,001$).

Т а б л и ц а 5

**Динамика завершенных суицидов и суицидальных попыток
среди детей и подростков Иркутска 10—19 лет за 2006-2009 гг.**

Показатель	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
Завершенные суициды	11	14,9	7	10,2	8	12,1	4	6,4
Суицидальные попытки	218***	295,3	200***	290,0	214***	322,5	201***	321,2

Примечание. Статистическая значимость различий: *** – $p<0,001$.

Для более подробного изучения были проанализированы данные, полученные в токсикологическом отделении городской Ивано-Матренинской детской клинической больницы Иркутска за 2008-2010 гг. Всего было выявлено 46 случаев суицидальных попыток среди детей и подростков в возрасте 11—17 лет. В половом отношении пациенты распределились на 8 мальчиков и юношей (17,4 %) и 38 девочек и девушек (82,6 %). Анализ возрастной структуры детей и подростков, совершивших

парасуициды, показал, что 11-летние дети составили 2,2 %; 13-летние – 19,5 %; 14-летние – 26,1 %; 15-летние подростки – 41,3 %; 16-летние – 8,7 %; 17-летние – 2,2 %. Небольшое число 16—17-летних подростков обусловлено тем, что при совершении суицидальных попыток большинство из них поступает в токсикологический центр МСЧ ИАПО Иркутска, где оказывается аналогичная помощь взрослым суицидентам.

Деструктивные формы семейного взаимодействия (смерть матери/отца, развод родителей, алкоголизация одного/обоих родителей, многократное физическое насилие со стороны родителей, отвергающее безразличие со стороны близких) выявлены у 30 пациентов (65,2 %). Наличие психологических проблем в родительской семье у 13 чел. (28,3 %) сочеталось с отклоняющимся поведением (раннее знакомство с алкоголем и наркотиками, побеги из дома, реакции группирования со сверстниками).

Изучение особенностей воспитания в родительских семьях суицидентов позволило установить, что в 93,5 % оно являлось патологическим. Наиболее часто при неправильном воспитании встречался авторитарный тип – 54,3 % ($\chi^2=15,19$; $p<0,001$). Гипоопека в родительских семьях наблюдалась у 26,1 % суицидентов. Значительно реже отмечались такие патологические типы воспитания, как гиперопека – 8,7 % ($\chi^2=44,86$; $p<0,001$) и кумир семьи – 4,4 % ($\chi^2=58,31$; $p<0,001$).

Большинство суицидентов до совершения покушения на самоубийство не попадали в поле зрения психиатров. Лишь у 6,5 % детей и подростков ранее были выявлены те или иные психические расстройства. Клиническое обследование детей и подростков после совершения суицидальной попытки показало следующее. Подавляющее большинство составили ситуационные реакции (кратковременные и преходящие, аффективно насыщенные реакции на личностно значимые психогении) – 31 (67,4 %), реже встретились: расстройства поведения – 4 (8,7 %) ($\chi^2=68,95$; $p<0,001$), шизофрения и депрессивные расстройства – по 2 человека (по 4,3 %) ($\chi^2=83,94$; $p<0,001$), злоупотребление ПАВ – 1 (2,2 %) ($\chi^2=90,63$; $p<0,001$). В 6 случаях (13,1 %) дети и подростки не были осмотрены психиатром в связи с отказом их семей пойти на контакт со специалистами, а также из-за самовольного оставления отделения.

Анализ содержания психотравмирующих ситуаций показал, что в большинстве случаев к покушению на самоубийство приводили семейные конфликты – 52,2 %, значительно реже с одинаковой частотой суицидальные попытки встречались в связи с конфликтами со сверстниками и любовными конфликтами – по 13,0 % ($\chi^2=32,91$; $p<0,001$). Школьные конфликты предшествовали парасуицидам у 8,7 % детей и подростков ($\chi^2=41,61$; $p<0,001$). У 6,5 % суицидентов содержание психотравмирующей ситуации выяснить не удалось.

Продолжительность психотравмирующих ситуаций наиболее часто составляла от нескольких дней до 1 месяца – 58,7 %, реже – от 1 до 3 месяцев – 28,3 % ($\chi^2=18,31$; $p<0,001$). Наиболее редко психотравмирующая ситуация продолжалась до 1 года либо длилась более 1 года – по 6,5 % ($\chi^2=58,82$; $p<0,001$). Наличие пресуицидального периода у детей и подростков, совершивших суицидальные попытки, установлено в большинстве случаев – 76,1 %.

По ведущим мотивам суицидального поведения (категории личностного смысла) дети и подростки, совершившие суицидальные попытки, распределились следующим образом. Суицидальное поведение по типу протеста наблюдалось в 43,5 % случаев. Суицидальные действия с целью привлечения внимания к ситуации (призыв) встретились у 47,8 %. Значительно реже выявлялось избегание угрозы, страданий и самонаказание – по 4,3 % ($\chi^2=48,05$; $p<0,001$).

Алкогольное опьянение в момент совершения суицидальной попытки было выявлено у 14 подростков (30,4 %), наркотическое опьянение – в единственном случае (2,2 %). Это превышает показатель подростково-суицидентов, находящихся в алкогольном опьянении, приводимый другими авторами.

В структуре суицидов преобладали комбинированные отравления – 39,1 %. Приемом психотропных препаратов пытались покончить с жизнью 26,1 % суицидентов, нестероидными противовоспалительными средствами – 13,1 %. Ещё 21,7 % случаев составляли отравления другими лекарственными средствами и неизвестными таблетками. Преобладали отравления средней степени тяжести – 38 случаев (82,6 %), реже встречались тяжелые отравления – 7 (15,2 %) ($\chi^2=89,82$; $p<0,001$), в единичном случае – отравление легкой степени (2,2 %) ($\chi^2=130,95$; $p<0,001$).

Местом покушения на самоубийство у 89,1 % детей и подростков служил родительский дом, реже – квартира родственников или знакомых (8,7 %) ($\chi^2=124,87$; $p<0,001$), в единственном случае – гараж (2,2 %) ($\chi^2=149,1$; $p<0,001$).

В целом полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятной суицидальной ситуации в контингенте детей и подростков Иркутской области, что требует скорейшего принятия мер по ее улучшению. Необходимо решать вопросы создания отвечающего современным научным требованиям детско-подросткового звена региональной суицидологической службы области с учетом социально-экономической ситуации в регионе, уровня жизни населения, его этнокультуральных особенностей. Требуется скорейшая разработка дифференцированных программ кризисной интервенции и поственции с включением семейной психотерапии (семейного психологического консультирования).

Высокий уровень суицидов детей и подростков диктует обязательное знакомство врачей-интернистов, педагогов, других специалистов, профессионально работающих с детьми и подростками, с факторами риска суицидального поведения данной возрастной категории, наработку навыков раннего распознавания признаков суицидального поведения детей и подростков. Необходимо проведение регулярной просветительской работы по профилактике суицидального поведения в СМИ (радио, телевидение, печать, интернет).

НЕВЕРБАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ ОТНОШЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ К БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Гильбурд О. А.

ГБОУ ВПО «СурГУ ХМАО – Югры», Сургут

Исследование микросоциальной среды, окружающей больного шизофренией, в частности его внутрисемейных взаимоотношений, всегда сохраняло высокую актуальность – как в аспекте поиска факторов, повышающих риск дебютирования и рецидивирования болезни, так и в аспекте реадaptации и социальной реабилитации пациентов, страдающих шизофренией. Классическими в этой парадигме являются верифицированные мировой и отечественной практикой работы представителей психодинамического направления – Гарри Стека Салливана с его концепцией гиперпротективной матери (Sullivan H., 1953) и Грегори Бейтсона с его коммуникативной теорией «двойного послания» (Ruesch J., Bateson G., 1951).

Так, в структуре «двойного послания», постулируемого в качестве одного из триггеров шизофрении, выделены патогенные условия коммуникаций ребёнка с родственниками: 1) ребёнок – жертва «двойного послания» – воспринимает противоречивые указания или эмоциональные послания на различных уровнях общения [например, на словах кем-либо из членов семьи выражается любовь, а его невербальное поведение (метакослание, по Бейтсону) выражает ненависть; либо ребёнку предлагают говорить свободно, но критикуют или заставляют замолчать всякий раз, когда он так делает]; 2) невозможность метакосмуникации, в том числе невозможность дифференцирования двух посланий или определение коммуникации как не поддающейся разумению; 3) ребёнок лишён возможности прекратить общение; 4) неспособность ребёнка выполнить противоречивые директивы наказывается (например, прекращением выражения любви).

И в условиях диктатуры гиперпротективной матери, и в ситуации «двойного послания» принципиальное значение в формировании шизофреногенной среды имеет диссонанс между саногенным социокультурным сценарием ролевого взаимодействия членов семьи и патогенным исполнением этих ролей близкими родственниками, что объективно проявляется в особенностях их невербального поведения. Следовательно, наиболее адекватным для анализа ущербных поведенческих паттернов в семьях больных шизофренией является этологический метод, который в прежние годы уже находил применение в исследованиях невербального поведения матерей больных шизофренией пробандов (Самохвалов В. П., Коробов А. А., 1984) и позволил выявить высокую конкордантность по таким стигмам, как моторные стереотипии (в том числе «игра пальцами»), избегание взгляда как симптом «редуцированной неофобии», отсутствие фиксации взгляда, мимика непонимания и безразличия, особенности территориального поведения; на этом основании авторы высказали предположение о том, что отдельные этологические паттерны могут быть маркерами «носительства» шизофрении у родственников.

При описании этнотипической поведенческой «парашизоидии» северных аборигенов (ненцев, ханты, манси, селькупов) было отмечено, что у них семейные интеракции эмоционально прохладные, взаимодействие между родителями и детьми строится по принципу хозяйственной артели, контакты между членами семьи с малым числом прикосновений. В свою очередь у северных мигрантов (славян, тюрков, прибалтов) в рамках адаптационной «нажитой парашизоидии» описано длительное проживание в отрыве от семьи и, как следствие, полное отсутствие эмоциональных и телесных контактов с родственниками (Гильбурд О. А., 1998).

Мы решили рассмотреть данную проблему под несколько иным углом зрения и в год 205-летия со дня рождения Огюста-Бенедикта Мореля, автора «Трактата о физическом, умственном и нравственном вырождении человеческого вида», проанализировать репертуар невербального поведения членов семьи пациентов с шизофренией в момент, когда они лично общаются с больным.

Коммуникативной моделью послужили ежедневные свидания больных шизофренией с их родственниками в психиатрических стационарах Сургутского клинического психоневрологического диспансера. В течение месяца с использованием «Глоссария невербального поведения человека» (Самохвалов В. П., 1994) оценивались невербальные коммуникативные паттерны представителей различных поколений в семьях больных шизофренией. В свиданиях участвовали 89 пациен-

тов (42 мужчины и 47 женщин) в возрасте от 23 до 66 лет. Родственники больных распределились следующим образом: предки II поколения (дедушки и бабушки) – 14, предки I поколения (родители) – 63, дети – 28 + сибсы – 19 (суммарно – 47), внуки – 7 человек; всего 131 человек (49 мужчин и 82 женщины) в возрасте от 19 до 68 лет.

Стабильно регистрируемые у родственников этологические паттерны на основе семантического анализа их семиотики были сгруппированы в четыре типологических репертуара стратегий поведения (Гильбурд О. А., 2007). К *агональной* (связанной с конфликтом) стратегии отнесены немигающий (пристальный) взгляд, сжатые губы, выдвижение нижней губы, оскал и полоускал, нижняя челюсть вперед, поза Наполеона, поза агрессии, рука в кулаке, туловище наклонено вперед, плечи приподняты, выпад головой, напряжённая речь, напряженная мимика, улыбка с оскалом, жест скрытой тревоги, мимика настороженности, мимика презрения (пренебрежения), взгляд исподлобья, увеличение плеча, агрессивно-предупредительное поведение, агрессивно-конфликтное поведение, переадресация агрессии, поведение доминирования (24 паттерна); к *эгоистической* – взгляд в сторону, взгляд в окно, взгляд на собственные руки, тусклые глаза, зевание, коленный угол острый, паузы в речи, жест отстранения, улыбка насильственная, улыбка диссоциированная, мимика безразличия, отсутствие контакта взором, индивидуальное расстояние возрастает в ходе контакта, аутогруминг (самоприхорашивание), манипулирование предметом и одеждой, неофобия, осматривание, осторожность на новой территории (19 паттернов); к *кооперативной* – взгляд в лицо, флаш (поднятие бровей) как элемент приветствия, подмигивание, блестящие глаза, жест-приветствие, жест-обращение, рукопожатие (7 паттернов); к *альтруистической* – поцелуй, объятие, мимика страдания, в том числе плача, аллогруминг (поглаживание больного по голове, лицу, спине, поправление его одежды и причёски, ворошение волос, почёсывание, похлопывание, отряхивание мусора с одежды больного) (4 паттерна). На этом этапе исследования отмечено снижение семиотического полиморфизма в направлении от конфликтно-агрессивного поведения к любовно-сострадательному.

Далее по каждому поведенческому паттерну были подсчитаны абсолютное число и процентная доля родственников, у которых он выявляется, после чего были вычислены средние показатели регистрации различных поведенческих стратегий в поколениях (табл. 1).

Табличные данные показывают, что в среднем доля близких родственников, демонстрирующих агональную и эгоистическую стратегии в общении с больными шизофренией, возрастает в направлении от ба-

бушек и дедушек через родителей и детей с сибсами к внукам, а в отношении кооперативного и альтруистического поведения наблюдается обратная тенденция.

Т а б л и ц а 1

**Типология невербальных коммуникаций родственников
с больными шизофренией в зависимости от поколения**

Типология поведения	Предки II (n=14)		Предки I (n=63)		Дети + сибсы (n=47)		Внуки (n=7)	
	абс.	% %	абс.	% %	абс.	% %	абс.	% %
Агональная	4,11± 1,02	28,6± 1,1	31,06± 1,18	49,2± 0,9	29,08± 1,09	61,7± 1,8	5,04± 1,02	71,4± 1,2
Эгоистическая	3,08± 1,01	21,4± 1,9	33,07± 1,17	52,4± 1,2	34,11± 0,88	72,3± 1,5	6,02± 0,91	85,7± 1,7
Кооперативная	10,13± 0,33	71,4± 0,7	22,04± 1,08	34,9± 1,4	17,03± 0,21	36,2± 1,9	2,01± 0,07	28,6± 0,8
Альтруистическая	14,00± 0,00	100,0± 0,0	32,09± 1,02	50,8± 0,8	22,04± 0,32	46,8± 1,2	1,00± 0,00	14,3± 0,0

По нашему мнению, результаты данного исследования косвенно отражают масштабные процессы нравственной и этической дегенерации российской семьи, в чём-то перекликающиеся с концепцией вырождения О.-Б. Мореля и препятствующие успешной социальной реабилитации больных шизофренией.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ПРОФИЛАКТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Гусев С. И.

ФГБОУ ВПО «Кемеровский ГУКИ», Кемерово

В современных условиях значительную часть потребителей или потенциальных потребителей составляет молодежь, и на эту группу ориентированы в основном производители, сеть распространения психоактивных веществ (ПАВ). Проблема имеет две составляющие: спрос и предложение ПАВ. В первом случае это потребители или потенциальные потребители психоактивных веществ, на которых должны быть направлены все профилактические меры. Вторая сторона вопроса – предложение ПАВ, которая должна быть решена на государственном уровне с совершенствованием, практикой применения закона и качественной работой правоохранительных органов. Однако, как показывает практика, принимаемые меры и оценка ситуации далеки от планируемых мероприятий и существующей реальности.

Один только исторический анализ этапов распространения и смены одних наркотиков другими говорит о ряде пробелов и отсутствии превентивных мероприятий для прекращения их поступления и употребления. На современном этапе само понятие наркотиков подменяется более приемлемыми и мягкими для потребителей определениями «курительная смесь», «соль». Одно это уже снижает планку барьера первого употребления и меняет психологический настрой личности и молодежной среды. С учетом распространения синтетических наркотиков, их психотропного действия, среды и методов распространителей, прогнозирования возможности появления «новых» наркотиков необходимы глубокий анализ проблемы, выработка адекватных профилактических мер, изменение практики применения статей УК РФ, деятельности правоохранительных органов, разработка новых методик и технологий терапии, в том числе и недобровольных мер медицинского характера.

Как показывает практический опыт, большинство мелких распространителей сами зависимы от наркотиков и вовлекают в процесс потребления все новых граждан, в том числе несовершеннолетних. И здесь уже соприкасаются юридический, педагогический, медицинский аспекты. Одного уголовного наказания недостаточно для прекращения их незаконной деятельности, так как, отбыв срок наказания и не пройдя курс лечения от наркотической зависимости, они вновь начинают употреблять наркотики и распространять их (это является средством получения наркотиков для личного потребления).

С целью комплексного изучения и решения проблем необходимо учитывать все аспекты, связанные с употреблением ПАВ. Для точной квалификации состояния наркотического или иного опьянения, вида употребляемого препарата, определения характера употребления наркотика (разовое, эпизодическое или сформированное состояние зависимости) необходимо создание наркологической экспертизы (аналогично экспертизе судебно-психиатрической) или выделение отдельного раздела психиатрической экспертизы по делам, связанным с незаконным оборотом наркотиков и установлением факта зависимости от наркотиков и алкоголя по отдельным преступлениям. В настоящее время такие экспертизы, если и проводятся, то очень редко. Это связано, во-первых, с отсутствием назначений следователями подобных экспертиз; во-вторых, с отсутствием необходимых кадров врачей-психиатров-наркологов; в-третьих, с отсутствием самой практики проведения такого рода экспертиз.

После принятия и введение в действие Федерального закона от 07.06.2013 № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» для раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ предполагается проведение социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования. В настоящее время необходимо разработать инструктивно-методические документы об организации, порядке, периодичности профилактических медицинских осмотров с участием врача-психиатра-нарколога и процедуры тестирования.

Необходимо сразу выделить период риска начала употребления ПАВ, период разовых проб, период до начала злоупотребления ПАВ, период эпизодического употребления, когда потребители пока еще социально адаптированы, не представляют в полной мере последствий и вреда формирования зависимости. В этот период необходим акцент на информационных и профилактических мероприятиях с целью предупреждения именно первого употребления, которое иногда и является самым критичным, с последующим развитием зависимости.

Существующая пропаганда явно не учитывает необходимость выделения различных групп потребителей (особенно динамику молодежного сознания и специфику восприятия) и соответственно подготовку адаптированных как текстовых, так и аудио-, фото-, видеоматериалов для активного и пассивного внедрения на сознательном и бессознательном уровнях установок на отказ от потребления ПАВ и наркотиков. Тревожат существование и развитие стойкой субкультуры употребления наркотиков. Для аддиктивной субкультуры в молодежной среде характерны прогрессирующий рост, очерченная половозрастная и социальная структура, социальная изоляция, спонтанность развития, стабильность, специфический диалект. Настораживает активное использование интернет-ресурсов для пропаганды, рекламы и распространения ПАВ.

Тема наркотиков и наркотической зависимости довольно запутана. Основные проблемы, связанные с зависимостью от наркотиков, укладываются в следующие основные блоки: медицинский аспект проблемы существует в области психиатрии, наркологии и терапии соматических осложнений; диагностика, лечение наркотической зависимости и сопутствующих осложнений, ВИЧ-СПИД, гепатиты, острая и хроническая соматическая патология требуют огромных материальных

и других ресурсов на терапию и реабилитацию. В качестве примера приведем такие показатели: затраты на одного ВИЧ-инфицированного могут составлять от 10 до 70 тысяч рублей в месяц и более. Таких лиц становится все больше, закономерно возникает вопрос, кто должен оплачивать их лечение, какие суммы на это идут из бюджета. Правомерен вопрос о применении трудотерапии или принудительных работ, тем более что большинство из них трудоспособны и могут сами оплачивать свое лечение. А главный момент в том, что сама трудотерапия также является эффективным реабилитационным процессом.

Патологическое влечение к наркотикам носит компульсивный характер, снижает адекватность оценки ситуации и критики к своему состоянию. Следовательно, закономерно ставить вопрос о недобровольных мерах медицинского и социального характера для самих потребителей. Блок, включающий социальные аспекты, связан с тем, что вовлечение молодежи в сферу употребления наркотиков несет безвозвратные потери для общества трудовых, финансовых и ресурсов воспроизводства населения. Возрастают затраты на лечение самих наркозависимых и возникающих осложнений. Стойкие тенденции к росту имеет преступность наркозависимых лиц, появление все новых жертв их преступлений. Причиной таких преступлений в большинстве случаев является необходимость денег на приобретение наркотиков, изменения личности самих наркозависимых. Все это требует современных и обоснованных мер для безопасности семьи, детей, молодежи. Приходится констатировать, что изменились сами наркотики и средства распространения, а принципы, методы борьбы за этот период остались практически прежними. Требуются новые правовые решения, технологии, опережение в ситуации распространения ПАВ. Необходим прогноз дальнейшего развития синтеза новых наркотиков, динамики средств и способов их распространения. Следует рассмотреть варианты конфискации имущества и принудительные работы для таких лиц (так как в местах лишения свободы они не работают, а наоборот, требуют затрат на свое содержание), т. е. для организаторов наркобизнеса и самих потребителей. Доступность полного спектра информации о распространенности наркотиков, наносимого ими вреда и методах, результатах борьбы, финансовых затрат на содержание и лечение лиц, зависимых от наркотиков и имеющих заболевания, полученные в результате их употребления. Государственные программы, работа педагогического персонала, семьи, медицинских работников и общественности должна быть направлена на позитивную профилактику, пропаганду и внедрение здорового образа жизни, креативных увлечений.

Эффективная профилактика требует формирования и рекламы альтернативного образа позитивного подростка (внедрение этого образа в сознание несовершеннолетних), разработки современных целевых пропагандистских материалов, основанных на психологических исследованиях, с учетом аудиальных, визуальных компонентов. Реализация профилактических мер, направленных на борьбу с распространением наркотиков (предложение) и сокращение спроса (потребление), позволит решить большинство аспектов, связанных с угрозой начала употребления наркотиков среди несовершеннолетних. В современных условиях, связанных с риском начала употребления ПАВ, формированием аддиктивного поведения, необходимы целевые программы профилактики именно для несовершеннолетних. Отсутствие реальных адекватных действий несет угрозу психическому здоровью молодежи.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОРА, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕГО ЗДОРОВЬЕ РОЖЕНИЦЫ

Евстифеева А. А., Емельянова А. З., Магденко О. В.

Новосибирский государственный университет, Новосибирск

Актуальные проблемы в коллективе любой организации, несомненно, оказывают влияние не только на межличностные отношения сотрудников, но и, как следствие, отражаются на рабочем процессе. Особое положение в данном случае занимают коллективы медицинских работников, специфика которых заключается не только в исполнении функциональных обязанностей «на высшем уровне», но и в особенных взаимоотношениях в работе бригадой, способности быть командой. Как отмечает О. В. Магденко, профессиональные и личные особенности медицинских работников влияют на взаимодействие и взаимопонимание с пациентами [2]. Особенно важно это взаимодействие с беременными женщинами, роженицами, когда под ответственностью врача находятся сразу два пациента.

Исследование проводилось на базе акушерско-физиологического отделения ЦКБ СО РАН. Диагностические мероприятия проводились с персоналом с целью исследования психологического климата в коллективе, обнаружения актуальных проблем и предложения способов их решения и рекомендаций, исходя из полученных результатов диагностики.

Всего в исследовании приняли участие 8 сотрудников старшего медицинского персонала, среди которых: заведующая отделением, неонатологи, врачи акушеры-гинекологи.

В ходе исследования применялись следующие методики и методы сбора информации: групповая беседа, структурное интервью, социометрическая методика «Мишень», опросник «Оценка актуального состояния команды» [4].

Первый этап исследования представлял собой открытое организованное обсуждение в коллективе, включающее в себя представление о работе психолога в учреждении родильного дома, обсуждение текущих проблем сферы ведения беременности, родовспоможения и перинатальной психологии, а также ожиданий от работы и оказания помощи в данной организации.

С целью создания единой картины сложившейся ситуации и формирования конкретного запроса было проведено интервьюирование с заведующей и врачами отделения. Интервью включало в себя список вопросов касательно структуры, культуры организации, а также актуальных, по мнению респондента, проблем коллектива и больницы.

По итогам интервьюирования установлены следующие актуальные проблемы:

- общее ощущение атмосферы непонимания внутри коллектива, отсутствия команды из-за разного уровня квалификации, продолжительности работы в коллективе, личностных особенностей;
- неэффективность обратной связи «руководитель – подчиненный», неадекватность реакции на критические замечания;
- нехватка кадров, осложненная низким уровнем профессиональной подготовки и мотивации к труду.

Вопросы относительно структуры продемонстрировали разность представления организации работы отделения, как в структурном, так и в функциональном плане [3]. Что касается корпоративной культуры, все опрошенные заявили об отсутствии общепринятых традиций в коллективе, ссылаясь на трудности межличностной коммуникации и взаимопонимания ввиду личностных особенностей коллег, общей напряженности, влияющей как на формальное, так и неформальное общение. В ходе беседы также выяснилось, что существующая конкуренция в данной отрасли в целом оказывает влияние на репутацию роддома и усиливает психологическое напряжение в коллективе, в связи с широким выбором роддома потенциальными пациентами (беременными женщинами и роженицами), разным уровнем предоставления платных услуг, а также не всегда положительными и достоверными отзывами пациентов.

С целью объективной диагностики коллектива была проведена методика «Оценки актуального состояния команды» на основе пятифакторной модели 5F, оценивающий внешнюю среду, цели, состав, лидера и взаимодействие команды (М. В. Долгов, TeamLab) [1]. Обработка первичных данных опросника и математико-статистическая обработка результатов проводились при помощи программы «Microsoft Office Excel 2007». Для демонстрации общего видения проблемы были представлены для сравнения результаты руководителя, подчиненных и коллективные показатели, исходя из которых была представлена наглядная модель исследуемой команды. По коллективным результатам опросника наиболее выраженным фактором является «Лидер» ($M=3,44$; $\sigma=0,43$; $\max=4$), наименее выраженными – факторы «Взаимодействие» ($M=2,94$; $\sigma=0,67$; $\max=4$), «Состав» ($M=2,88$; $\sigma=0,5$; $\max=4$), «Внешняя среда» ($M=2,86$; $\sigma=0,37$; $\max=4$). Стоит отметить, что в целом все показатели факторов находятся в границе нормы, что говорит о сформированности команды и её эффективной работе в целом. Однако полученные результаты демонстрируют наиболее уязвимые стороны коллектива и работы организации, поэтому необходимо обратить внимание на их усиление для формирования так называемой зоны роста. В связи с вышесказанным были предложены рекомендации по отдельным критериям каждого фактора.

Для исследования особенностей межличностных отношений в коллективе была использована социометрическая методика «Мишень». С помощью данной методики выявлены пары, имеющие как позитивный опыт общения, так и негативный. Особое внимание уделялось негативному опыту, и здесь имеет особое место поиск возникшей проблемы в межличностных отношениях в коллективе [5]. На основе социометрии и анализа взаимоотношений каждой из пар, полученного благодаря результатам индивидуальной беседы, разработан и предложен новый график дежурств, составлены возможные дежурные бригады, даны рекомендации по конструктивному общению. Таким образом, исходя из запроса руководителя, основу графика дежурных бригад составили связи, полученные по результатам социометрии, выявленные в ходе индивидуальной беседы, межличностные особенности, а также принимался во внимание уровень профессиональной квалификации сотрудников и стаж работы в учреждении.

По итогу работы состояние команды определяется как «в целом эффективное», определены слабые стороны и потенциальные зоны роста, представлен наглядный образ текущего состояния команды-коллектива с дальнейшими предложениями и рекомендациями для его совершенствования. Представлены графики дежурных бригад, varia-

ции составлены с учетом личностных особенностей специалистов, межличностных отношений, предложены рекомендации по улучшению взаимодействия и формированию конструктивных коммуникаций.

Л и т е р а т у р а

1. Долгов М. В. Командообразование. Энергия команды вашего бизнеса // Управление развитием персонала. – 2014. – № 01 (37). – С. 4—13.
2. Магденко О. В. Индивидуальные психологические особенности медперсонала женской консультации и взаимоотношения в коллективе // Сборник научных работ по материалам II международной конференции по перинатальной психологии. – СПб., 2003. – С. 21—23.
3. Почебут Л. Г., Мейжис И. А. Социальная психология. – СПб. : Питер, 2010.
4. Справочник практического психолога. Психодиагностика / под общ. ред. С. Т. Посоховой. – М. : АСТ; СПб. : Сова, 2005. – 148 с.
5. Теоретические и прикладные аспекты перинатальной психологии: проблемы и перспективы : сб. материалов Всерос. научно-практ. конф. : в 2-х ч. – Новосибирск : Новосиб. гос. ун-т, 2007. – Ч. 1. – С. 27—29.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЖЕНЩИН НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Емельянова А. З., Магденко О. В.

Новосибирский государственный университет, Новосибирск

Актуальность демографической проблемы в России не снижается и отягощена неободряющими прогнозами: «интенсивность падения рождаемости увеличивается с 2016-2017 гг. и далее, что приведет к истинной депопуляции» [1]. На сегодняшний день мы находимся в числе индустриальных стран с самыми низкими показателями рождаемости.

Репродуктивное поведение российской женщины в последние годы подвержено изменениям: повысилась частота естественного и искусственного прерывания первой беременности, высоко распространена соматическая патология, а также большинство женщин начинают свою репродуктивную программу к 30-35 годам. Такой «репродуктивный портрет» женщины отягощен демографической особенностью России, заключающейся в переходе к малодетной семье и сохранении этой тенденции в будущем [2, С. 217]. Также имеют место конфликты женщины на внутриличностном уровне, как, например, «ролевой конфликт работающей женщины», возникающие в связи с тем, что у женщины наступает дефицит внутренних ресурсов для выполнения большого количества социальных ролей, которые диктует современное общество с высоким темпом жизни [1, С. 305]. Требуемое от женщины соблюдение традиционных норм поведения сталкивается с реальной жизненной

ситуацией и влияет на изменения в ее психике, ценностных и смысловых ориентациях. В связи с этим наше внимание привлек вопрос динамики и формирования этих жизненных смыслов и ценностных ориентаций женщин на различных сроках беременности.

Эмпирическое исследование проводилось на базе родильного отделения ЦКБ СО РАН, в акушерско-физиологическом отделении. В исследовании участвовали 45 женщин на разных сроках беременности в возрасте от 18 до 32 лет (средний возраст составлял $24,5 \pm 3$ года), не имеющих детей. Экспериментальная группа была разделена на три анализируемые подгруппы (по 15 женщин) на основе деления беременности на триместры: до 12 недель, от 13 до 28 недель, от 29 недель до 41 недели. В контрольную группу вошли 20 женщин, которые на момент исследования не являлись беременными и не имеют детей. По уровню образования, социальному статусу и субъективно оцениваемому материальному положению выборки сопоставимы.

В ходе исследования были использованы психодиагностические методики: методика ценностных ориентаций М. Рокича; тест смысловых ориентаций (адаптация Д. А. Леонтьева); методика исследования мотивов сохранения беременности (Рабовалюк Л. Н.); личностный многофакторный опросник Кеттелла. В процедуру исследования также входила анкета сбора первичных данных, включающая вопросы о субъективной оценке женщиной изменения личностных особенностей и переоценки ценностей, связанных с периодом беременности.

Наличие значимых различий между контрольной и экспериментальной группами по методике ценностных ориентаций, личностной многофакторной методике позволяет говорить о различии ценностных ориентаций у беременных и небеременных женщин.

Наивысшие значения для группы беременных женщин имеют ценности «Счастливой семейной жизни» ($2,7 \pm 2,4$), «Любви» ($2,8 \pm 2,2$), «Здоровья» ($3,1 \pm 3,0$), «Материально обеспеченной жизни» ($5,8 \pm 3,7$), женщинами контрольной группы значимость этих ценностей оценивается гораздо ниже. Важно отметить, что наиболее значимые ценности беременных женщин в данной ситуации можно рассмотреть в качестве механизмов адаптации к «кризисной ситуации беременности», но и также они сопоставимы с репродуктивными мотивами (экономические – «материальная обеспеченность»; социальные – «рационализм», «исполнительность»; психологические – «счастливая семейная жизнь», «любовь»; биологические – «здоровье»), которые, по мнению Т. В. Скрицкой, «оказывают помощь в обретении понимания субъективного смысла деторождения для каждой конкретной женщины», другими словами, определяют их ценность.

Что касается особенностей значимости ценностей в каждом триместре, важно отметить, что в I триместре ценности «Познание», «Наличие друзей», «Продуктивной жизни» и «Общественного признания» статистически значимо снижаются ко II и III триместрам (табл.). Эти ценности можно рассматривать в качестве социально значимых, и снижение их значимости может сопровождаться так называемой переоценкой социальных приоритетов в связи с осознанием факта беременности [4]. Как показано в таблице, уже к III триместру значительно увеличиваются ценности «Любовь» ($II=4\pm3,16$; $III=2,27\pm1,22$) и «Счастье других» ($II=14,87\pm2,53$; $III=11,67\pm4,25$). То есть, как уже отмечали выше, в процессе становления женской идентичности, действительно, в целом изменяются отношения женщины с окружающими и отношение к себе.

Статистически различия по методике Рокича между подгруппами триместров характеризуют процесс переоценки социальных приоритетов I и II триместров через ситуацию «осознания факта беременности» и изменения отношения к себе и с окружающими в процессе II и III триместров, в процессе становления женской идентичности, принятия роли матери.

Т а б л и ц а

Значимые различия и средние значения «Ценностных ориентаций» экспериментальной группы, I-III триместры

Показатель	Среднегрупповые значения по критерию				Статистические различия по критерию Манн-Уитни			
	I триместр		II и III триместры		Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2 tailed)
	M	σ	M	σ				
Терминальные ценности								
Познание	3,27	3,47	10,43	3,95	40,00	160,00	-4,49	0,00001
Наличие хороших и верных друзей	3,67	2,97	9,30	3,79	56,00	176,00	-4,09	0,00004
Продуктивная жизнь	4,00	3,70	9,80	3,79	67,00	187,00	-3,82	0,0001
Жизненная мудрость	4,47	3,16	9,10	4,24	86,50	206,50	-3,35	0,0008
Общественное признание	10,00	3,42	13,20	3,60	115,00	235,00	-2,66	0,0078
Свобода	13,33	3,50	10,37	3,96	120,50	585,50	-2,53	0,0115
Инструментальные ценности								
Высокие запросы	15,40	4,64	13,3	5,4	138,50	603,50	-2,12	0,03
Непримиримость к недостаткам	13,67	4,59	15,8	4	128,50	248,50	-2,42	0,02
Эффективность в делах	9,13	4,44	12,4	2,9	125,00	245,00	-2,42	0,02
Инструментальные ценности	II		III		U	W	Z	Asymp. Sig
	M	σ	M	σ				
Любовь	4,00	3,16	2,27	1,22	64,00	184,00	-2,08	0,04
Счастье других	14,87	2,53	11,67	4,25	56,50	176,50	-2,34	0,02

Исходя из субъективной оценки беременными женщинами личностных изменений и ценностных ориентаций, можем предположить, что изменения такого характера направлены на адаптацию к новой социальной роли и самоактуализацию женщины в ней. Субъективная оценка причин (мотивов) сохранения беременности также говорит об изменении ценностно-смысловых ориентаций к периоду II триместра от принятия факта беременности (её сохранения) к принятию роли матери и ожиданию материнства. К периоду II триместра беременности женщины склонны более позитивно оценивать пережитую часть жизни и рассматривают текущий момент как продуктивный в связи с процессом реализации себя (самоактуализации) в новой материнской роли.

Л и т е р а т у р а

1. Гендерная психология. – 2-е изд. / под ред. И. С. Клециной. – СПб. : Питер, 2009. – 496 с.
2. Жедунова Л. Г., Пономарёва Д. А. Личностные детерминанты переживания кризиса первой беременности // Ярославский педагогический вестник. – 2010. – № 1. – С. 181—184.
3. Николаева Л. Б., Ушакова Г. А. Первая беременность и первые роды : руководство для врачей. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 264 с.
4. Третьякова А. А. Смысловые и ценностные ориентации беременных женщин // Бюллетень Северного ГМУ. – 2011. – Вып. XXVI, № 1.

ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ СЕМЕЙНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕСС РАСТОРЖЕНИЯ БРАКА

Залевский Г. В., Костарев В. В., Кожевников В. Н., Кожевникова Т. А.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

ФГБУ ВПО КГПУ им. В. П. Астафьева, Красноярск

Актуальность исследования обусловлена тем, что в рамках обсуждаемой проблемы представляется важным прояснение позиций по вопросу фиксированных форм поведения в семье и чисто семейные механизмы психических нарушений, обуславливающие расторжение брака. **Целью исследования** явилось изучение проявлений ригидности в супружеских парах в момент расторжения ими брачных отношений.

С целью исследования фиксированных форм поведения был использован Томский опросник психической ригидности в своем последнем варианте – ТОРЗ (Залевский Г. В., 2000), состоящий из 141 вопроса, содержание которых отражает достаточно широко те ситуации, в которых от человека требуется изменить отдельные элементы программы поведения или в целом «под напором опыта» образ жизни, стереотипы, отношения, установки, привычки, навыки, темп и ритм жизни и деятельности, средства достижения какой-либо цели или саму цель.

В исследовании участвовали мужчины и женщины, находящиеся в состоянии развода, в количестве 255 человек. Все обследованные были разделены на 2 группы. Первая группа (контрольная) – мужчины и женщины, вступившие в брачные отношения из соображений выгоды. Количество супругов в первой группе составило 70 человек. Из них 35 мужчин и 35 женщин. Вторая группа (экспериментальная) включала в себя мужчин и женщин, вступивших в брак по любви. Эта группа состояла из 185 человек (93 мужчины и 92 женщины).

На основании результатов комплексного обследования испытуемых экспериментальной группы по данным TOP3 была определена высокая психическая ригидность преимущественно по шкалам: «Симптомо-комплекс ригидности» (СКР) – $120,78 \pm 9,48$ б; «Сенситивная ригидность» (СР) $49,59 \pm 4,15$ б; «Установочная ригидность» (УР) – $36,75 \pm 3,12$ б; «Преморбидная ригидность» (ПМР) – $51,6 \pm 4,2$ б; «Ригидность как состояние» (РСО) – $18,5 \pm 1,83$ б. Ригидность во второй группе разводящихся имела высокую экстенсивность по глубине и ширине проявлений. По данным опросника TOP3, в группе мужчин и женщин, находящихся в состоянии расторжения брака и заключивших брак по любви, распределение в процентном отношении высоких показателей по шкалам выглядело следующим образом: «Симптомокомплекс ригидности» – $72,6 \pm 5,21$ %, «Актуальная ригидность» – $25,8 \pm 4,3$ %, «Сенситивная ригидность» – $47,2 \pm 6,31$ %, «Установочная ригидность» – $41,1 \pm 3,4$ %, «Ригидность как состояние» – $69,4 \pm 4,2$ %, «Преморбидная ригидность» – $79,1 \pm 7,52$ % обследуемых.

Увеличение значений пиков вышеуказанных шкал опросника TOP3 свидетельствовало о высоком уровне психической ригидности у испытуемых, о трудностях формирования у них установки на сохранение семьи, склонности к накоплению отрицательных эмоций, ригидном, пассивном поведении, ориентированном на социальные нормы. Важным, на наш взгляд, явилось то, что у большинства разводящихся экспериментальной группы ($79,1 \pm 7,52$ %) было установлено увеличение показателей по шкале «Преморбидной ригидности». При этом показатели преморбидной ригидности в группе супругов, вступивших в брак по любви, были преимущественно «высокими» ($69,7$ %), а в группе супругов, вступивших в брак по расчету, преимущественно «умеренные» ($81,6$ %). Увеличение показателей по шкале «Преморбидная ригидность» свидетельствовало о высоком значении этого параметра в формировании картины дезадаптации раннего, донозологического устройства психической деятельности, существовании ригидности до состояния развода.

Постоянное эмоциональное напряжение, испытываемое супругами при разводе, внутренняя борьба, эмоциональное сгорание в стрессовых ситуациях рассматриваются нами как реакция на возникновение сильного внутреннего дискомфорта в ответ на стресс, а ригидизация в этом случае усиливалась преимущественно из-за трудностей осознания мотивов своего поведения, которое усугублялось утяжелением психофизиологического состояния и отрицательной эмоциональной оценкой ситуации. Супруги, как правило, не могли меняться в ситуации, которая им не подвластна. Ожидания, предшествовавшие браку, в браке не оправдались, а приспособиться к семейной жизни и её функционированию, измениться в ней, они не смогли. Это привело к конфликтам в семейных отношениях и реализовалась в решении просто развестись, а проблема преморбидной ригидности, возникшая в подростковом возрасте и живущая в человеке, так и осталась. Это может явиться одной из причин повторных неудач в семейной жизни. Трудно себе представить семью как «самостоятельно развивающуюся систему, функционирующую по своим законам», не включающим и не учитывающим психологию семьи. Выявленные повышения пиков шкал опросника TOP3 свидетельствовали о том, что обследуемые были склонны к широкому спектру фиксированных форм поведения – персеверациям, навязчивостям, стереотипам, упрямству, педантизму и собственно ригидности, особенно проявляющимся в состоянии страха, стресса, плохого настроения, утомления или болезни, при этом сопровождаются негативно окрашенными эмоциями.

Согласно полученным данным опросника TOP3, у обследованных контрольной группы были выявлены следующие изменения интенсивности психической ригидности: по шкале «Симптомокомплекс ригидности» – $85,1 \pm 5,13$ балла; по шкале «Актуальная ригидность» – $29,8 \pm 4,01$ балла; по шкале «Сенситивная ригидность» – $36,66 \pm 3,81$ балла; по шкале «Ригидность как состояние» – $12,43 \pm 1,83$ балла; по шкале «Преморбидная ригидность» – $37,9 \pm 4,10$ балла.

Таким образом, в группе мужчин и женщин контрольной группы установлено наличие умеренно выраженных пиков по шкалам: «преморбидная ригидность»; «симптомокомплекс ригидности»; «актуальная ригидность»; «сенситивная ригидность»; «установочная ригидность», что отражало склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения. Важным, на наш взгляд, явилось наличие умеренно выраженной ригидности у испытуемых контрольной группы по шкале ПМР, что, по-видимому, может свидетельствовать о наличии определенных трудностей в ситуациях, требовавших от них каких-либо перемен в жизни, нового подхода в реализации планов, принятия собствен-

ных решений. В отличие от испытуемых второй (экспериментальной) группы в контрольной группе не было обнаружено увеличения параметров установочной ригидности, что указывало на отсутствие выраженных проявлений психической ригидности. Эти люди были готовы воспринимать новое, видели необходимость изменения самого себя, имели собственные притязания, системы ценностей.

Таким образом в результате проведенного исследования по опроснику TOP3 установлено, что у супругов, вступивших в брак по любви, определены высокий уровень психической ригидности, трудности формирования установки на сохранение семьи, склонность к накоплению отрицательных эмоций, ригидное, пассивное поведение, ориентированное на социальные нормы. Это проявлялось высокими значениями шкал «симптомокомплекс ригидности», «сенситивная», «преморбидной», «актуальная ригидность» «установочная ригидность» и высокой экстенсивностью ригидности по значениям этих шкал. В группе супругов, заключивших брак из выгоды, проявления показателей шкал опросника TOP3 были сглажены и менее выражены, отсутствовало увеличение параметров шкалы «ригидность как состояние», что достоверно отличало их от мужчин и женщин, вступивших в брак по любви.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА: АКТУАЛЬНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ

Игнатова Ю. А., Соловьев А. Г., Новикова И. А.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

В настоящее время тревожные расстройства (ТР) признаны самой частой категорией психических расстройств; их распространенность среди населения составляет от 6 до 13,6 % [1]. ТР «лидируют» по частоте психопатологических состояний у пациентов с соматической (кардиологической, дерматологической, онкологической, гастроинтестинальной и др.) патологией. У больных, наблюдающихся в учреждениях общей лечебной сети, встречаемость ТР достигает 23–78 %, среди контингента амбулаторных больных в среднем составляет 45,9 % [2, 3].

Целью работы явилась систематизация медико-социальной значимости и определение направлений научных исследований ТР.

ТР относят к группе мультифакторных болезней, клиническое разнообразие которых связано с их гетерогенностью, в связи с чем особую актуальность приобретает вопрос о сравнительном клиническом анализе разных форм этой патологии в зависимости от выраженности про-

цесса с учетом преморбидных особенностей личности, социальных и биологических факторов, способствующих развитию ТР.

Клинические формы ТР очень похожи друг на друга по своим проявлениям, они плохо распознаются и скорее рассматриваются как «жизненные проблемы», чем как настоящие заболевания. Так, половина людей, обращающихся за консультацией к психотерапевту по поводу панических атак, страдает другим ТР.

Характеристика ТР и их классификация в зависимости от степени тяжести представлена в МКБ-10 (1999) и DSM-IV-TR, где выделяют две основные формы тревожного невроза: непрерывную в виде резидуальной тревоги – «Генерализованное тревожное расстройство» (ГТР) и пароксизмальную в виде панических атак – «Паническое расстройство» (ПР), но ТР с паническими приступами характеризуются большей обобщенностью клиники тревожно-фобических проявлений, чем это предполагается в МКБ-10 [4]. Так, агорафобический синдромокомплекс сочетается с фобией метро (70-80 % случаев), самолета (50-60 %), лифта (20-30 %), разных видов наземного транспорта (30-50 %), подземных сооружений (50-60 %). Следуя МКБ-10, нужно диагностировать коморбидные агорафобию и специфические фобии, развивающиеся, однако, неразрывно. Собственно паническое расстройство встречается редко, тогда как часты повторяющиеся панические приступы, вокруг которых выстраивается в преобладающем большинстве случаев клиническая картина тревожно-фобического расстройства [6].

Кроме того, ТР, как пограничная психическая патология, в первичной медицинской сети распознается далеко не всегда. Тревога принимает участие в патогенезе многих соматических болезней (например, гипертонической болезни, стенокардии, бронхиальной астмы и др.) и существенно осложняют их течение и прогноз. В свою очередь, ТР рассматриваются как независимый фактор риска развития неблагоприятного течения и исхода соматических заболеваний [5]. Умение распознать возможные соматические симптомы тревоги важно для врачей-интернистов.

При выявлении степеней тяжести тревожных расстройств в основном применяется метод клинического интервью, включающий в себя сбор анамнестических сведений, жалоб, визуальное исследование моторики, мимических реакций и висцерально-вегетативных нарушений; при этом часто проводится лишь интегральная оценка уровня тревожности без учета вида ситуаций, вызывающих тревогу, и факторов, ее обуславливающих. Преодолеть этот недостаток можно только путем использования комплексных клинито-патопсихологических и психодиагностических методов с использованием специализированных тестов.

Таким образом, значение ТР определяется не только их высокой распространенностью, но подчас трудностью диагностики. Если рассматривать врача-психиатра как члена терапевтической бригады, нередко являющегося руководителем группы, в то же время готового делегировать часть своих полномочий психологам, врачам общей практики и др., то проблема диагностики и лечения тревоги является важной частью всей современной медицины. Необходимо повысить эффективность диагностики ТР не только врачами-психиатрами, но и врачами общей практики для улучшения качества помощи пациентам; применять лечебно-профилактическую тактику с учетом выявленных степеней тяжести ТР, выбирая наиболее четкое направление, как в фармакологическом лечении, так и в психотерапевтической работе с пациентами данного профиля.

Л и т е р а т у р а

1. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMed) project // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2004. – V. 109. – P. 21—27.
2. Виссарионов В. А., Медведев В. Э., Авдошенко К. Е., Мартынов С. Е. Аффективные и тревожные расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога // *Эксперим. и клин. дерматокосметология.* – 2011. – № 3. – С. 60—64.
3. Смуглевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробизhev М. Ю. и др. Психокardiология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 784 с.
4. ВОЗ. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – Женева; СПб., 1994. – 300 с.
5. Медведев В. Э., Копылов Ф. Ю., Троснова А. П. и др. Психосоматические соотношения при кризовом течении гипертонической болезни // *Психические расстройства в общей медицине.* – 2007. – № 1. – С. 10—13.
6. Тукаев Р. Д., Зуева О. П., Кузнецов А. Н., Кузнецов В. В., Срывкова К. А. Комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств с приступами паники. Методика и результаты применения // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2010. – № 4. – С. 87—93.

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Казенных Т. В.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Исследование семейно-ролевого функционирования больных эпилепсией, а также различных аспектов семейных отношений активизировалось в последней четверти прошлого века в связи с развитием концепции реабилитации. Отечественными психиатрами разработаны методы, способствующие предупреждению передачи эпилепсии по наследству и снижению риска возникновения этого заболевания у потом-

50

ства (Сараджишвили П. М., Геладзе Т. Ш., 1977; Карлов В. А., 1990). Так, С. А. Громов (1987, 1993) отмечает, что заболеваемость эпилепсией среди детей, рожденных в семьях риска, составила 1,8 %, не превысив таковой в общей популяции детей – 2 %. Большое внимание исследователями уделялось аффективным расстройствам при эпилепсии как факторам, способствующим дестабилизации семейных отношений (Афанасьев Ю. И., 1979; Сафьянов Н. Г. и др., 1979; Свиридова Е. И. и др., 1985). Другая направленность исследований по вопросам семейной проблематики при эпилепсии отмечается в зарубежной литературе. Так, P. G. Rossi, G. Toccaseli, P. Pazzaglia (1979), G. D. Shukla, O. N. Srivastava, B. C. Katiyar (1979) установили, что наличие при височной эпилепсии сексуальных расстройств способствует ухудшению отношений между супругами. В других исследованиях отмечается высокая частота гипосексуальности или парафилий у больных эпилепсией (Blumer D., 1984).

Кроме того, авторы обращают внимание на то, что нарастание интеллектуально-мнестических расстройств также ухудшает микроклимат в семье (Dodrill C. B. et al., 1980; Roberto M. et al., 1989; Corcoran Rhiannon T. P., 1993). М. Boucebc, М. Boudarene (1981) отмечают у больных эпилепсией разнообразные аффективные расстройства – истерию (20 %), необыкновенную взрывчатость, на которые неадекватно реагирует семейное окружение больных. Д. А. Гигинейшвили, Т. Ш. Геладзе, З. З. Шакаришвили (1998) при обследовании 31 семьи выявили стремление 2/3 опрошенных родителей скрывать информацию о наличии эпилепсии у ребенка. Авторы предполагают, что социальные и поведенческие проблемы больного эпилепсией ребенка настолько отягощают жизнь семьи, что матери больных детей чувствуют и психологический, и социальный дискомфорт. Как результат этого – внутрисемейная атмосфера в 40 % семей с болезнью ребенка стала избыточно напряженной. И. Р. Семин, А. П. Агарков (1997), напротив, резюмируя результаты исследования внутрисемейных отношений в 34 семьях больных эпилепсией, констатируют отсутствие неадекватных внутрисемейных отношений типа гиперопеки, анозогнозии, холодно-безразличных, а в 52 % случаев родственники не смогли отметить существенного влияния болезни (эпилепсии) на жизнь семьи. Авторы отмечают высокую психиатрическую грамотность родственников больных эпилепсией. R. Schweingruber, K. Stimpfli (1979) отмечают, что преодоление предубеждений против больных эпилепсией, открытое обсуждение со всеми членами семьи таких проблем, как сексуальные и супружеские взаимоотношения, медицинские социальные консультации, способствуют социальной интеграции больных.

Таким образом, исследования микроклимата в семьях больных эпилепсией, осуществленные в конце двадцатого столетия, содержат противоречия, поскольку авторы применяли различные методики для оценки. Вместе с тем именно семье принадлежит основная роль помощника, способствующего адаптации ребенка к создаваемой болезнью условиям – как в возрастной среде, так и в обществе в целом. Ребенок нуждается в постоянной психологической поддержке, его нельзя оставлять наедине с создавшимся трудным положением. Объяснение и правильная ориентировка – два важных принципа помощи в приспособлении к проблемам, порождаемых его общением с окружающей средой. В помощи грамотного врача, социального работника нуждаются и родители. Они должны точно представлять, что может и что не может или не должен делать их ребенок. Иногда врачу приходится преодолевать устаревшие, бессмысленные концепции в отношении заболевания ребенка.

На базе Междисциплинарного центра профилактики пароксизмальных состояний (МЦППС) мы динамически наблюдали 53 ребенка в возрасте от 4 до 14 лет, с различной давностью и формой эпилепсии. Помимо коррекции противосудорожной терапии и психических расстройств различной степени выраженности, с членами семьи каждого из 53 детей было проведено собеседование, выявляющее исходный уровень знаний родителей об эпилепсии. Скрининг выявил достаточный уровень знаний о проявлениях болезни, причинах заболевания. Все родители выразили готовность участвовать в обучающих беседах, однако предпочитали работать индивидуально, объясняя это нежеланием «...выносить свое горе на люди», мотивируя тем, что «...лучше решить все вопросы в индивидуальном порядке». В основу психокоррекционной работы положены разработанные нами программы коррекции отношений в различных моделях семьи, в том числе в семьях, где больной – ребенок (Бологова Т. В., Семин И. Р., Стоянова И. Я., 2000).

Мы полагаем, что родители должны получить полную информацию в доступной для них форме о причинах заболевания, его течении, возможных исходах. Необходимо ознакомить их с некоторыми поведенческими ограничениями, которые связаны с заболеванием ребенка. Однако недопустима чрезмерная забота и предпочтение больного ребенка здоровым братьям и сестрам, что также может стать причиной внутренних конфликтов в семье. В целях коррекции отношений в семьях, где растет ребенок, страдающий эпилепсией, необходимы следующие меры: 1) разъяснение родителям больного ребенка всех интересующих вопросов, обязательным является требование отказать-

ся от поиска «виноватого» в болезни ребенка; 2) привлечение матери в качестве помощника врача для контроля за приемом АЭС, ведение дневника приступов, соблюдение режимов дня и питания. Необходимо активное вовлечение отца во все мероприятия; 3) психокоррекционная работа в семьях, направленная на коррекцию взаимоотношений между отцом и матерью, здоровыми братьями и сестрами; 4) привлечение социального работника для решения проблем пребывания больного ребенка в детском саду, школе и других учреждений, информирование о его болезни и обучение окружающих основам оказания помощи при возникновении у больного ребенка приступов. Катамнестическое прослеживание обратившихся семей выявило значительное снижение эмоционального напряжения у родственников больных детей, повышение их уровня знаний о болезни, ориентированность родителей на социальную адаптацию, расширение контактов больным ребенком. Все дети продолжали обучение в общеобразовательной школе, имели друзей. Оценка психического состояния не выявила дальнейшего когнитивного снижения, редуцировались депрессия и страхи. Дети очень ответственно подходили к лечению, школьники вели дневники приступов, самостоятельно контролировали прием противосудорожных средств.

Целесообразно отметить, что коррекционная работа с семьями детей, больных эпилепсией, требует совместных усилий всех медицинских и социальных работников, осуществляющих реабилитационные мероприятия. Развитие амбулаторных форм медицинского обслуживания предполагает понимание врачами особенностей социального окружения пациентов, а также умение управлять внутрисемейными процессами в целях реабилитации и профилактической помощи близким. Такие возможности имеет МЦППС, который может обеспечить этапность в оказании помощи детям и подросткам, страдающим пароксизмальными состояниями. Первый этап – диагностика и разработка индивидуальных, дифференцированных программ реабилитации детей, страдающих различными формами эпилептической болезни, с назначением противосудорожной терапии. Второй этап – катамнестическое прослеживание, коррекция АЭС и психических расстройств, проведение школ для больных и членов их семей. Третий этап – динамическое наблюдение пациентов до достижения ими 18 лет, что обеспечит преемственность в реабилитации, отсутствие у больных и членов их семей психотравмирующей ситуации, связанной со сменой наблюдающего врача, достижение большей комплаентности больным и специалистом-эпилептологом.

КОПИНГ-МЕХАНИЗМЫ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Каткова М. Н.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Исследования R. Lazarus, S. Folcman (1984, 1987), посвященные базисным копинг-стратегиям, продолжают развиваться и уточняться до настоящего времени (Кляйн М., 1998; Буралчук Л. Ф., 1998; Стоянова И. Я., 1999; Коржова Е. Ю., 2000; Billings A. G., 1983).

Копинг-механизмы и стратегии связывают с темпераментом, характерологическими особенностями, самоактуализацией (Либин А. В., 2008), системой межличностных отношений (Мясищев В. Н., 1960), чертами личности (Гришина Н. В., 1981; Thomas W., 1977), поисковой активностью (Топчий М. В., Чурилова Т. М., 2009). Также они связаны с текущим уровнем дисфорического настроения и эмоционального стресса, переменными личностных конструкторов и удовлетворенностью качеством жизни.

Доказано, что на возможности регуляции и адаптации влияют низкая социальная компетентность (Критская Р. П., Савина Т. В., 1983), дефицит навыков социального и проблемно-решающего поведения (Shean G., 1982; Bellack A. et al., 1990; Wiedl K. H., Schottner B., 1991; Piirtola O., 1996), наличие аутистических свойств личности (Воловик В. М., 1980). Количество успешных защитных стратегий также зависит от числа приступов заболевания (Machold U., Korabelnikow K., Pink E., 1984). Необходимо учитывать также личностные особенности родителей: нарушения в когнитивной сфере (Siegel L., Waldo M., Mizner G., 1984; Franke P., Gansicke M., Schmitz S., et al., 1999; Friedman E. H., 2000), «нарушения переработки информации» (Peter K. et al., 1987; Medalia A., Dorn H., 2000).

В ряде зарубежных исследований (Strous R. D., Ratner Y., Ponizovsky A., 2005; Ritsner M. S., Gibel A., Ratner Y., 2006) показано, что пациенты с шизофренией используют благоприятные и неблагоприятные копинги. Копинг-стратегии, ориентированные на разрешение задач, эмоции (избегание или уклонение), которые в нашей традиции получили название эмоциональные, поведенческие и когнитивные копинг-стратегии, играют важную роль в повышении качества жизни пациентов и исходах их заболеваний.

На основе знаний о копинг-стратегиях, ресурсах, других психологических характеристиках были выделены стили совладающего поведения (Плутчик Р., 1979; Маслоу А., 1997; Стоянова И. Я., 2007). У пациентов с психическими расстройствами защитно-совладающий комплекс характеризуется ригидностью, закрытостью (Залевский Г. В., 2006; Стоянова И. Я., 2007). М. Ибриегит (1997) отмечал «преобладание в копинг-поведении больных шизофренией эмоциональных и избегающих типов решения проблемы копингов». Типы стратегий преодоления болезни – пассивно-оборонительный и деструктивный – часто используются пациентами. Пассивно-оборонительный тип характеризуется предпочтением копингов отступления, примирения и капитуляции. Деструктивный тип проявляется преимущественно в нарушениях социального функционирования больных (Алексеева Д. А., Карвасарский Б. Д., Ташлыков В. А., Якубзон А. М., 1990). В западной традиции, помимо благоприятных и неблагоприятных механизмов, различаются стабильные и временные типы механизмов, которые зависят от конкретных жизненных ситуаций (Appel L., Geffen Y., Heurling K., 2009).

Многие страдающие шизофренией менее гибкие в использовании стратегий выживания и применяют эмоциональные стратегии в ответ на стресс (Macdonald E. M., Pica S., McDonald S., Hayes R. L., Baglioni A. J. Jr., 1998; Horan W. P., Blanchard J. J., 2003). Копинги больных шизофренией с более высоким уровнем негативных симптомов характеризуются чаще как эмоционально-ориентированные (Wield, 1992). Пациенты с шизофренией чаще прибегают к эмоциональным стратегиям решения проблем при обострении, а в период ремиссии болезни число копингов, ориентированных на решение задач и избегание, возрастает. Кроме того, копинг-модели более 60 % больных шизофренией оставались стабильными в течение долгого времени, нестабильные благоприятные отмечались среди 19,6 % пациентов, нестабильные неблагоприятные – среди 18 % пациентов (Ritsner M. S., Lysaker P. H., 2011). Копинг-стратегии и предпочитаемые механизмы пациентов с шизотипическим расстройством изучены в меньшей степени, хотя и являются актуальными в рамках адаптационной модели и потребительской модели восстановления (Ritsner M. S., 2011).

В ходе сравнения особенностей копинг-поведения пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством было выявлено, что ими одинаково часто предпочитались следующие виды стратегий: обращение за помощью, проблемный анализ, оптимизм; относительно адаптивный вариант – пассивная кооперация. Одновременно с этим в обеих группах чаще отвергались адаптивный вариант копинга – протест и неадаптивный вариант – агрессивность.

Но выявлялись и различия в исследуемых группах. Пациенты с шизотипическим расстройством чаще прибегали к использованию отвлечения. Более 60 % пациентов чаще прибегали к неадаптивному варианту копинг-поведения – отступлению ($p < 0,005$); в то время как у пациентов с шизофренией этот вариант поведения отвергался. Несогласованность и стремление к выбору в когнитивной сфере неадаптивных стратегий поведения, возможно, обусловлено мотивационными нарушениями и расстройствами мышления.

Для пациентов с шизотипическим расстройством было характерно использование адаптивных и относительно адаптивных вариантов копинг-поведения: оптимизм (61 %), несколько реже применялись отвлечение, обращения за помощью, проблемный анализ (50 %). Также часто (61 % случаев) они прибегали к отступлению – неадаптивному варианту поведения. Это говорит о большей склонности к изоляции, хотя и сохранялась настроенность на сотрудничество с окружающими. Часто использовались такие варианты копинг-поведения, как сохранение апломба, установка собственной цены, пассивная кооперация.

В сложных ситуациях пациентами с шизотипическим расстройством выбирались формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и поиск путей выхода из них, погружение в любимое дело, существовала уверенность в наличии выхода из любой ситуации, вера в собственные ресурсы. Преодолению трудностей придавался особый смысл, поддержка искалась в ближайшем социальном окружении или ответственность перекладывалась на других. Однако поведение могло оказаться пассивным, когда пациент стремился к уединению, изоляции, старался избегать активных интерперсональных контактов и решения проблемы. Эта категория пациентов менее склонна перекладывать ответственность на других и в большей степени ориентируется на собственные ресурсы.

Пациентами с шизофренией также часто использовалось адаптивное и относительно адаптивное копинг-поведение: проблемный анализ, пассивная кооперация (67 %), несколько реже использовались оптимизм и обращение за помощью (56 % случаев). Таким образом, у этих пациентов репертуар адаптивных защит является более узким в сравнении с предыдущей группой. Они использовали также, как и шизотипические пациенты, такие стратегии, как анализ трудностей и поиск выхода из сложной ситуации, часто были уверены в возможности выхода из любой ситуации. Поиск поддержки в ближайшем социальном окружении сочетался у них со стремлением передать ответственность по разрешению трудностей другим лицам.

Вместе с тем полученные нами результаты имеют некоторые расхождения с зарубежными исследованиями. Например, пациенты с шизофренией предпочитали поведенческие копинг-механизмы и реже использовали эмоциональные и когнитивные механизмы. В то же время пациенты с шизотипическим расстройством чаще прибегали именно к эмоциональным и когнитивным вариантам копинга, что в западной традиции сближает их с группой шизофренических пациентов.

Таким образом, пациенты с шизотипическим расстройством в сравнении с пациентами с шизофренией обладают большим репертуаром адаптивных и относительно-адаптивных вариантов копинг-поведения, но у них отмечается большая ориентация на внутренние и когнитивные ресурсы, ноэмоциональное реагирование, что приводит иногда к сбою и изоляции, ограничению контактов и снижению активности в решении проблем.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ УТРАТЫ

Колдаева О. С., Магденко О. В.

Новосибирский государственный университет, Новосибирск

В настоящее время в России отмечается тенденция к снижению перинатальной смертности с 12,8 % в 2001 г. до 7,2 % в 2011 г. Однако уровень её по-прежнему остаётся высоким [1, 4]. При этом снижение перинатальной смертности происходит преимущественно за счет ранней неонатальной смертности при гораздо меньшем снижении мертворождаемости (с 6,8 до 4,5 %) [1, 6].

Перинатальные потери наносят обществу значительный социальный (сокращая на 1-2 года среднюю продолжительность жизни), экономический (уменьшая на 2-3 % участие каждого поколения в процессе общественного производства) ущерб, в связи с чем проблема снижения потерь жизнеспособных плодов выступает не только как общественная, медицинская, но и как психологическая [2].

Цель исследования: выявление особенностей переживания перинатальной утраты.

Проблемой материнства и эмоциональной сферой женщин, перенесших перинатальную утрату, в нашей стране стали интересоваться сравнительно недавно, и на сегодняшний день ещё недостаточно специалистов, которые могли бы оказывать квалифицированную психологическую помощь.

По данным последних исследований, 48,7 % женщин, имевших перинатальные потери, нуждались в психотерапевтической помощи [5]. По опросу акушеров-гинекологов г. Новосибирска обнаружено, что психологическая поддержка матерей, столкнувшихся с перинатальной потерей, у нас практически отсутствует, несмотря на то что многие женщины испытывают в ней потребность.

Для оценки эмоционального состояния и особенностей переживания перинатальной утраты применялась методика глубинного интервью Ю. В. Замановой «Психологический образ утраты». В данной работе мы обобщили результаты 5 случаев феноменологического исследования особенностей переживания перинатальной утраты на различных стадиях беременности. Результаты представлены в таблице 1.

Важно отметить, что несмотря на тяжесть материнских переживаний, связанных со смертью ребёнка, женщины в первую очередь переживают то, что не состоялись как мать, то есть свою ролевую нереализованность. Вследствие чего они испытывают разрушение собственной идентичности, резкий упадок самооценки и чувство неполноценности. Это, пожалуй, главное отличие перинатальной утраты от утраты близкого человека.

Т а б л и ц а 1

Особенности переживания перинатальной утраты в период беременности

	Психологическая характеристика
Когнитивный	— потеря смысла и целей в жизни;
	— отрицание случившегося, нежелание верить в факт смерти, нежелание жить;
	— непонимание своей вины перед Богом и поиск оправдания;
	— потеря веры в Бога;
	— поиск причины и объяснения случившемуся;
	— постоянное или периодическое возвращение к образу ребёнка и воспоминаниям о моменте прощания с ним;
	— мысль о недостойности быть матерью для погибшего ребёнка;
	— самообвинение и стремление укорять себя за предыдущий образ жизни и малейшие оплошности, за легкомысленное отношение к своему здоровью;
	— изменение духовно-ценностных ориентиров: ценность ребёнка не в том, чтобы «заполнить» им бытовые, денежные или ещё какие-либо проблемы;
	— мысли о собственной физической неполноценности;
	— вытеснение переживаний, «холодный разум», контроль над эмоциями и их подавление, а также намеренное или ненамеренное забывание о случившемся;
	— воспоминания о выкидыше «мельком», отсутствие горечи и слёз;
	— сновидения, в которых женщина видит своего ребёнка либо то, что тесно связано с ним;
	— интуитивное понимание того, что процесс беременности идёт ненадлежащим образом;
	— понимание причины потери беременности давало резкое облегчение и снижение беспокойства за своё состояние;
	— осознание того, что ролевой статус матери не подтвердился, более всего беспокоил женщину и снижал её самооценку;

Аффективный	– первичное облегчение, связанное с освобождением от мёртвого ребёнка, в дальнейшем – чувство скорби и вины; – обида на Бога, на близких, на ребёнка за то, что он покинул мать; – чувство стыда перед окружающими, зависть к успешно родившим матерям; – страх осуждения или жалости со стороны окружающих людей, а также порицания со стороны религии, как «платы за свои грехи»; – страх за будущую беременность – чувство опустошённости; – отсутствие каких-либо чувств к потерянной беременности и ребёнку; – ощущение себя «тряпкой, которая не может выносить ребёнка»; – чувство зависти к беременным и молодым матерям, а также раздражительность, направленная на детей
Поведенческий	– желание скорее «родить» мёртвого ребёнка; – уход от людей, пребывание в одиночестве, неспособность что-либо начать, отсутствие желания что-либо делать, в том числе и следить за собой; – переключение на детей, склонность к их чрезмерной опеке; – общение с другими женщинами, пережившими утрату, давало облегчение и снижало чувство вины; – уход с головой в работу, учёбу, домашние дела, отвлекающие от болезненных переживаний; – проявление альтруизма и оказание помощи другим людям, стремление принести пользу; – повышенный контроль над текущей беременностью, стремление во всём себя обезопасить; – стремясь избавиться от навязчивых мыслей, переживаний и сновидений и ощущения себя больной, женщина очищала своё пространство, мыла стены, пол, приводила себя в порядок; – пробуждение к творчеству, рисование картин, организация выставок; – чтобы утешить себя, женщина чаще гуляла и оставалась наедине с природой; – прекращение осуждать людей за любые их проявления, старание не вызывать зависть и тщательно отбирать тех, с кем общаться; – скрупулёзное отношение к своему здоровью, питанию и режиму дня, повышение физической активности

Примечание. В 1-м столбце представлены компоненты опыта.

Проблема перинатальной утраты должна рассматриваться в рамках междисциплинарного подхода, интегрирующего как сферу медицины, так и сферу психологии. Знания о психологии утраты необходимы не только психологам, но и непосредственно тем, кто принимает роды и наблюдает беременность у женщин: акушерам-гинекологам, неонатологам, реаниматологам, среднему и даже младшему медицинскому персоналу [3].

Л и т е р а т у р а

1. Демографический ежегодник России 2012 : стат. сб. – М. : Федеральная служба государственной статистики, 2012. – URL:http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312 (дата обращения : 5.01.2014).
2. Денисова Т. Г. Пути совершенствования управления процессом профилактики антенатальных и интранатальных потерь на региональном уровне (по материалам Чувашской Республики) : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Казань, 2008. – 43 с.
3. Добряков И. В. Перинатальная психология. – СПб. : Питер, 2010.

4. Кулаков В. Н., Фролова О. Г. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации // Народонаселение, Демоскоп Weekly. Электронная версия бюллетеня «Население и общество». – 2004. – № 3. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0241/analit02.php> (дата обращения: 24.01.2013).
5. Мокринская Е. А., Казачкова Э. А., Тюков Ю. А. Пути снижения перинатальной смертности в женской консультации. – Челябинск, 2005.
6. Суханова Л. П. Статистика родоспособности: тенденции, пути развития. // Всероссийское совещание службы медицинской статистики. Информационные технологии в медицине-2011 : XII Всерос. конф. (Москва. 13—14 октября 2011 г.). – URL: <http://www.mednet.ru/ru/materialy-konferencij-i-seminarov/1173-vsrossijskoe-soveshhanie-sluzhby-mediczinskoj-statistiki.html> (дата обращения: 5.01.2014).

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Колесникова А. М., Мамышева Н. Л., Балашов П. П.

ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России, Томск

Безусловно, высокая распространенность тревожных расстройств среди беременных женщин диктует необходимость более детального понимания механизмов их возникновения и развития. Формирование на основании этого групп риска позволяет проводить действенную профилактику данных расстройств и/или препятствовать их хронизации в дальнейшем, тем самым уменьшая распространенность невротических расстройств среди беременных женщин.

Общее количество обследованных нами беременных женщин составило 1 000. Основная группа формировалась в соответствии с критериями включения и исключения и состояла из 90 женщин. Контрольная группа состояла из 50 беременных женщин, не имевших на момент осмотра признаков психических расстройств. Клиническая информация о пациентках формировалась с помощью единой диагностической программы, включающей структурированное интервью, анализ медицинской документации и заполнение карты обследования, а также в комплект диагностического материала были включены клинико-и экспериментально-психологические методики.

При оценке факторов, способных вызывать развитие невротических тревожных расстройств у женщин в нашем исследовании, мы предварительно выделили 7 групп потенциальных факторов риска:

1. *Социально-демографические и экономические факторы*, среди которых мы рассмотрели особенности семейно-бытовых отношений, социального окружения, уровней образования и материального обеспечения семей, семейного статуса, трудоустроенность.

2. *Генетические факторы*, к которым мы отнесли случаи психических расстройств у близких родственников женщин исследуемых групп, эпизоды неуточненных аффективных состояний, акцентуированные черты характера, аффективную неустойчивость, странности в поведении, факты обращения за специализированной психиатрической помощью, суицидальное поведение или завершённые суициды.

3. *Психологические факторы* включали личностные особенности женщин, а также такие характеристики, как желательность и запланированность беременности, мотивация к деторождению.

4. *Психопатологические факторы*. В данной категории факторов мы учли аффективные расстройства в личном анамнезе женщин, особенно во время предыдущих беременностей, так как женщины с неоднократными эпизодами расстройств настроения в анамнезе подвергаются большему риску их рецидива в период беременности.

5. В категории *акушерско-гинекологических факторов* мы оценивали роль ранних токсикозов, гестозов, количества беременностей и родов, типа предыдущих родов.

6. *Нозогенные факторы*: наличие соматического заболевания у матери, состояние плода, осложнения беременности, самопроизвольное прерывание беременности или мертворождение в анамнезе.

7. *Иные и смешанные факторы*. К данной категории были отнесены состояния, которые могут снижать адаптационные возможности организма и опосредованно способствовать формированию нарушений психического функционирования: переутомление и недосыпание, гормональный фон, черепно-мозговые травмы, инфекции и интоксикации, хронические заболевания внутренних органов, нарушение питания и длительное эмоциональное напряжение, курение, наличие вредных и опасных факторов труда (тяжелый физический труд, эмоционально напряженные условия труда, загазованность, повышенный уровень шума и т. д.).

Далее мы провели статистический анализ данных методом χ^2 (с поправкой Йетса на непрерывность) для определения взаимосвязи между факторами и симптомами тревоги. Из представленных к сравнению признаков достоверные различия обнаружены нами только по 6 пунктам. Так, достоверно большее количество женщин основной группы (в 3,7 раза) на момент исследования имела низкий уровень благосостояния; неудовлетворительные отношения с отцом ребенка и/или родителями (в 3,2 раза). Женщинами основной группы также достоверно чаще отмечался высокий уровень жизненного стресса (в 4,5 раза), длительность которого в 15,6 % случаев составила от 1 до 6 месяцев, в остальных – более 6 месяцев (и даже на протяжении нескольких лет).

Кроме того, было установлено достоверное влияние психопатологического отягощения как в личном, так и семейном анамнезах. Значимым фактором в развитии тревожных расстройств в период беременности выступило также неблагоприятное состояние плода (предположительная хромосомная аномалия, гипотрофия, конфликт по резус-фактору, группе крови и т. д.) – у женщин основной группы регистрировалось достоверно чаще. При сравнении двух групп женщин достоверная связь установлена также между симптомами тревоги и преобладанием психастенических и сенситивных черт характера в преморбиде.

Далее для определения степени влияния того или иного фактора риска на возникновение результирующего признака (в нашем случае – тревожные расстройства) проведены расчеты отношения шансов по всем факторам, достоверно влияющим на формирование тревожных расстройств у беременных женщин. Таким образом, женщины, отличающиеся преобладанием в преморбиде сенситивных черт характера, имеют более высокий риск (в 7,7 раза) заболеть тревожными расстройствами, чем женщины с какими-либо другими чертами. Самый низкий риск (1,7) из представленных факторов несут неудовлетворительные отношения в семьях беременных женщин. По совокупности представленных факторов можно выделять группу женщин с повышенным риском формирования данных расстройств, что можно учитывать в последующей разработке психопрофилактических мер.

Выводы. Значимыми факторами в развитии тревожных расстройств в период беременности выступали: низкий уровень благосостояния; неудовлетворительные отношения с отцом ребенка и/или родителями; высокий уровень жизненного стресса; психопатологическая отягощенность как в личном, так и семейном анамнезах; неблагоприятное состояние плода (предположительная хромосомная аномалия, гипотрофия, конфликт по резус-фактору, группе крови и т. д.); преобладание психастенических и сенситивных черт характера в преморбиде. Женщины, отличающиеся преобладанием в преморбиде сенситивных черт характера, более подвержены (в 7,7 раза) риску заболеть тревожными расстройствами, чем женщины с какими-либо другими чертами. Самый низкий риск (1,7) развития тревожных расстройств в период беременности из представленных факторов несли неудовлетворительные семейные отношения. Зачастую бывает трудно определить вклад того или иного фактора в развитие тревожного расстройства, скорее всего, необходимо говорить о сложном комплексном их воздействии с учетом индивидуальной личностной уязвимости к ним. В случае беременных женщин следует учитывать и тот факт, что ряд психогений могут являться актуальными только в период беременности.

По совокупности представленных факторов можно выделять группу женщин с повышенным риском формирования данных расстройств, что следует учитывать в последующей разработке психопрофилактических мер.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Конева Е. В., Солондаев В. К.

Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова, Ярославль

Актуальность проблемы прежде всего обусловлена необходимостью расширить представления о детерминантах психического развития. Исследование качества жизни в сопоставлении с психическим развитием также позволит до некоторой степени прояснить психологическую природу качества жизни, оценки которого широко используются для обоснования принятия решений в социальной сфере, образовании, здравоохранении.

Ранее ГОУ Ярославской области «Центр помощи детям» при участии авторов было проведено психологическое обследование 785 детей Большесельского района Ярославской области в возрасте от новорожденности до 17 полных лет.

Влияние качества жизни на вероятность нарушений в развитии отдельных подсистем и целостной системы оценивалось по формуле бинарной логистической регрессии: $y=F(x)=e^Z/(1+e^Z)$ в свободном статистическом программном пакете R. Для формулы: $z=a+b*x$ были получены оценки константы (a) и регрессионного коэффициента (b), а также их достигаемый уровень значимости (p-value). Влияние нарушений в развитии на качество жизни оценивалось по критерию Вилкоксона.

Обнаружено, что на эмоциональную подсистему на отрезке 15 и более лет качество жизни детей оказывает обратное статистически значимое влияние (a=0,95, p-value=0,005; b=-0,035, p-value=0,02). Кроме того, на данном отрезке у детей с эмоциональными нарушениями наблюдается более высокое качество жизни (по критерию Вилкоксона W=2565,5, p-value=0,02), что указывает на совпадение характера влияния качества жизни на эмоциональные нарушения и эмоциональных нарушений на качество жизни. На других возрастных отрезках статистически значимых связей между качеством жизни и эмоциональной подсистемой не обнаружено.

На *поведенческую* подсистему на отрезке 7-11 лет качество жизни детей оказывает прямое статистически значимое влияние ($a=-1,73$, $p\text{-value}=2,74e-06$; $b=0,035$, $p\text{-value}=0,02$). На отрезке 7-11 лет также выявлено статистически значимое прямое влияние поведенческой подсистемы на качество жизни детей ($W=2054,5$, $p\text{-value}=0,02$), которое отсутствует на других отрезках. Иными словами, выявленная связь имеет двухсторонний характер – прямого взаимовлияния или прямой взаимосвязи.

На *интеллектуальную* подсистему качество жизни оказывает прямое статистически значимое влияние на двух возрастных отрезках: на отрезке 3-7 лет ($a=-0,16$, $p\text{-value}=0,66$; $b=0,029$, $p\text{-value}=0,04$) и на отрезке 15 и более лет ($a=-3,30$, $p\text{-value}=1,88e-08$; $b=0,063$, $p\text{-value}=0,002$). Чем ниже качество жизни детей на данных отрезках, тем выше вероятность нарушений интеллектуальной подсистемы. И наоборот – чем выше качество жизни, тем ниже вероятность интеллектуальных нарушений. На тех же возрастных отрезках зафиксировано статистически значимое прямое влияние интеллектуальной подсистемы на качество жизни: на отрезке 3-7 лет ($W=3719,5$, $p\text{-value}=0,02$); на отрезке 15 и более лет ($W=556,5$, $p\text{-value}=0,003$). Таким образом, выявленные связи имеют двухсторонний характер.

Наконец, качество жизни обратно пропорционально вероятности общих нарушений в психическом развитии ($a=0,56$, $p\text{-value}=0,07$; $b=0,043$, $p\text{-value}=0,02$), хотя сила этой связи относительно невелика. И у детей с нарушенным психическим развитием качество жизни в целом ниже ($W=1749,5$, $p\text{-value}=0,02$). На других возрастных отрезках статистически значимые связи отсутствуют. На данном отрезке справедливо утверждение: чем ниже качество жизни, тем выше вероятность нарушений психического развития в целом. И наоборот – чем выше качество жизни, тем ниже вероятность нарушений.

Добавим, что на материале всей исследованной выборки качество жизни детей, во-первых, независимо от возраста: коэффициент корреляции Пирсона $r=-0,04$; $t=-0,9798$, $df=538$, $p\text{-value}=0,33$. Во-вторых, качество жизни детей независимо от пола: по критерию Вилкоксона $W=36943$, $p\text{-value}=0,74$. В-третьих, качество жизни детей (без учета заболеваемости и условий жизни) независимо даже от состояния здоровья: по критерию Вилкоксона $W=33483,5$, $p\text{-value}=0,2037$.

Иными словами, взаимосвязи качества жизни с развитием подсистем психики на разных временных отрезках не могут интерпретироваться как артефакты, вызванные неоднородностью исследованных возрастных групп.

Анализируя результаты в целом, можно заметить, что наиболее «чувствительным» к качеству жизни детей оказывается возраст около 7 лет. Это, вероятно, объясняется теми влияниями, которые оказывает на психологическое развитие ребенка и на функционирование его семьи начало школьного обучения.

Аналогичным образом выделяются периоды психического развития, в которые оно связано с качеством жизни в наименьшей степени: новорожденность и раннее детство, а также ранний подростковый возраст. Это может объясняться влиянием на полученные результаты субъективного характера оценивания качества жизни. Для такого оценивания необходимо наличие у родителей, осуществляющих оценивание, субъективных критериев, своеобразных «шквал», с которыми сопоставляются показатели психического функционирования детей. В первые годы жизни ребенка (особенно первого в семье) такие шкалы находятся в начальной стадии своего формирования, что может вызывать различные дисбалансы между представлениями, которыми руководствовались создатели методики, и теми конструктами, которыми оперируют родители. Система оценок, сложившаяся у родителей, подвергается изменениям, когда ребенок находится в подростковом возрасте, в связи с интенсивным развитием личности и всей системы психики подростка. Сам подросток как субъект оценивания переживает стадию формирования компетенций, необходимых для самопознания и самооценки, то есть оперирует этими шкалами не вполне свободно. Такая трактовка полученных результатов, разумеется, носит гипотетический характер и требует в перспективе специального изучения, в первую очередь теоретико-методологического.

Нельзя не отметить, кроме того, что компоненты качества жизни, составляющие используемые разными специалистами, в том числе психологами, методики, разнообразны и многоплановы. В силу этого они не обязательно содержательно одинаковы и в равной степени связаны с психическим развитием детей. Поэтому в дальнейшем целесообразно изучить связи отдельно субъективно оцениваемых физического, психоэмоционального, социального функционирования, умственного развития и способности к обучению с объективно изученными с помощью психодиагностических методик показателями. На основании проведенного исследования можно сделать выводы о следующих закономерностях, отражающих связь психического развития и качества жизни.

1. Связь качества жизни с психическим развитием детей, подростков и лиц раннего юношеского возраста (от 0 до 17 лет) проявляется неравномерно в зависимости от возраста.

2. В возрасте 15 и более лет проявляется обратная взаимосвязь эмоционального развития с качеством жизни.

3. Наиболее тесно психическое развитие связано с качеством жизни в период начала школьного обучения.

4. Качество жизни в наименьшей степени связано с психическим развитием в период новорожденности, в раннем детском и младшем подростковом возрастах.

5. Качество жизни, с точки зрения психологии, является феноменом, имеющим двойственную природу (субъективная и объективная составляющие в их взаимосвязи). Психологическая структура этого феномена требует дальнейшего изучения.

Исследование поддержано РГНФ, проект № 13-06-00650.

СЕМЬЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Костин А. К.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Важным аспектом превентивной психиатрии является изучение условий формирования стрессоустойчивости личности и факторов, определяющих личностную уязвимость (Положий Б. С., 2000). Роль психологических особенностей, психогенных и семейных факторов в генезе психических, психосоматических расстройств подчеркивалась многими исследователями (Семке В. Я., 1988; Авдеенок Л. Н., 1996; Семке В. Я., Белокрылова М. Ф., 2001). В нашем исследовании мы решили уделить им существенное внимание, поскольку психосоматический процесс возникает, протекает и видоизменяется в тесной взаимосвязи с личностью пациента, на формирование которой существенное влияние оказывает семья.

Цель исследования: изучить влияние семейных факторов на формирование психосоматических соотношений при коморбидном течении язвенной болезни (ЯБ) и синдрома раздраженной толстой кишки (СРТК) у больных пограничными нервно-психическими расстройствами.

Материал и методы. На базе отделения пограничных состояний обследовано 150 больных (53 мужчины, 97 женщин), средний возраст — 40,4±4,5 года, наблюдавшихся у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки. Использовались клинический, клинко-психопатологический методы исследования.

Верификация диагноза язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки основывалась на данных эндоскопического обследования, синдрома раздраженной толстой кишки – согласно Римским критериям II. Квалификация пограничных психических расстройств проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Результаты. У 150 пациентов с психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта, обследованных в отделении пограничных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, были обнаружены пограничные нервно-психические и аффективные расстройства. Удельный вес невротических, связанных со стрессом расстройств составил 45,3 % (продолжительная депрессивная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций, соматизированное, ипохондрическое, паническое и генерализованное тревожное расстройство); аффективных расстройств – 25,3 % (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство); расстройств личности – 18,7 % (зависимое, истерическое расстройство личности); органических – 10,7 % (органическое астеническое) расстройств.

Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее значение имели психотравмирующие факторы внутри семьи. Аномальные формы воспитания имели место у 92,7 % пациентов с психосоматической патологией пищеварительного тракта: преобладающим типом для истерических личностей оказались условия воспитания в виде «кумира семьи» и «золушки» (39,0 и 15,9 %; $p < 0,05$). При иной структуре личности более частыми были ситуации гипоопеки (37,8 %) и комбинации неправильного типа воспитания (18,9 %) ($p < 0,01$). При исследовании структуры «ядерной» семьи выявлено, что в 62,0 % имела полная семья. Развод отмечен у 25,3 % пациентов; в 10,0 % семей воспитанием детей занимался один из родителей; в 2,7 % семей дети воспитывались другими членами семьи. Семья с измененной структурой зафиксирована в 6,0 % случаев. Характерным являлся высокий уровень семейной дезадаптации во всех патогенетических группах психосоматических расстройств пищеварительного тракта. Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) по сравнению с полной и неполной семейной адаптацией отмечены при сочетании ЯБ+СРПК. Наличие подобных данных в анамнезе соотносилось с ранним началом психосоматического процесса, выраженностью клинической картины и затяжным течением.

Среди пациентов отмечался феномен семейного накопления, при котором несколько членов семьи страдают от одного и того же заболевания, он был отмечен у пациентов с СРК, что согласуется с данными литературы (Levy R. L., Jones K. R., Whitehead W.E., 2001; Pace F.,

Zuin G., Di Giacomo S., 2006). По данным зарубежных исследователей (Mohammed I., Cherkas L. F., Riley S. A., 2005), это социально детерминированное обучение гастроинтестинальным симптомам под давлением внешних обстоятельств, передача патологических паттернов поведения от родителей к их детям. В семьях отмечены повышенные уровни тревоги, алекситимии, накопление патохарактерологических черт.

Все пациенты обследованы по шкале Спилбергера-Ханина. Изучены позиции личностной и ситуативной тревожности в разных патогенетических подгруппах психосоматических расстройств гастроинтестинальной системы. Уровень личной тревожности имел высокие показатели (20,7 %) у пациентов третьей подгруппы (ЯБ+СРТК) ($p<0,05$). В первой (СРТК) и второй (ЯБ) подгруппах преобладали умеренные показатели тревожности (23,3 и 26,7 %), низкие показатели тревожности выделены только в этих подгруппах (8,0 и 6,0 %). По результатам обследования с помощью теста Спилбергера-Ханина по шкале ситуативной тревоги нами были выделены лица с низким (15,4 %), умеренным (60,0 %) и высоким (24,6 %) уровнями тревоги. В третьей подгруппе (ЯБ+СРТК) наиболее часто встречалась умеренная ситуативная тревога (18,7 %), во второй (ЯБ) – ситуативная тревога распределялась относительно равномерно: низкий уровень выявлен в 8,7 % случаев, умеренный – в 16,0 %, высокий – в 13,3 %. В первой группе (СРТК) чаще выявлялся умеренный уровень ситуативной тревоги ($p<0,05$).

Сопоставление уровня тревожности показало следующие закономерности: в третьей подгруппе (ЯБ+СРТК) выявлен высокий уровень личностной тревоги при умеренных показателях ситуативной тревоги; в первой (СРТК) и второй (ЯБ) подгруппах чаще встречается умеренный уровень личностной тревоги, ситуативная тревога может проявляться как в высоких и умеренных, так и в низких показателях. В первой группе как личностная, так и ситуативная тревога находится на высоком или умеренном уровне.

Одним из распространенных психологических качеств пациентов с психосоматическими расстройствами системы пищеварения являлась алекситимичность, которая исследовалось с помощью Торонтской шкалы алекситимии. Среди обследованных пациентов алекситимией не страдали 13,4 %; 41,3 % относились к пограничной группе; у 45,3 % была обнаружена собственно алекситимия. Во второй (ЯБ) и третьей (ЯБ+СРТК) подгруппах больных отмечено преобладание алекситимии (20,0 и 17,3 %), в третьей подгруппе отсутствовали лица, не имевшие признаков алекситимии, что соотносилось с худшим прогнозом в плане течения и терапии психосоматических заболеваний данной локализации.

В психологическом «портрете» пациентов с психосоматическими заболеваниями пищеварительного тракта в ходе обследования обнаружен высокий удельный вес значимости наиболее важных патохарактерологических качеств: ригидность (75,3 %), тревожность (71,3 %), мнительность, (67,3 %), «ипохондрический эгоцентризм» (66,0 %), астеничность (65,3 %), раздражительность и дистимичность (63,3 %), сенситивность (52,0 %), демонстративность и «жажда внимания» (48,7 %), алекситимичность (45,3 %). Отмечено большое число сочетаний патохарактерологических черт, совместно создававших «фасад» пациента, с которым сталкивались в первую очередь врачи соматического профиля, лишь затем, чаще через несколько лет, пациент попадал к психиатру. Переплетение «фасадных» черт чрезвычайно затрудняло формирование комплаентных отношений в диаде «врач – больной», понимание пациентом сути своего страдания, выявление и разграничение психических и соматических симптомов и расстройств утяжеляло течение и ухудшало прогноз реабилитационных мероприятий.

Выводы. Психологические, личностные особенности пациентов, особенности их семейного воспитания и функционирования вносят существенный вклад в психическую дезадаптацию, оказывают существенное влияние на формирование психосоматической предрасположенности, клинической картины заболевания и определяют показания для длительного психотерапевтического сопровождения пациентов. Необходимо разработка превентивных мероприятий, направленных на предотвращение «передачи по наследству» паттернов психосоматического реагирования.

РОДИТЕЛЬСКИЕ УСТАНОВКИ И БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ КАК ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Костюк К. Б., Бохан Т. Г.

Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск

На сегодняшний день в России около 650 тысяч официально зарегистрированных детей, проживающих в детских домах и приютах. В Томской области таких детей насчитывается более 5,5 тысячи, что составляет почти 3 % от числа всех детей в области. Специалисты отмечают, что выпускники детских домов практически не в состоянии создать полноценные семьи; их дети, как правило, тоже попадают в детские дома; среди людей, преступивших закон, чаще всего встречаются воспитанники детских домов.

Поэтому в настоящее время провозглашается приоритет семейных форм воспитания детей, таких как усыновление, опека, патронат, приемная семья. Однако в последнее время всё острее становится проблема отказа родителей от приемных детей. Так, ежегодно выявляется около 100 тысяч родителей и опекунов, не выполняющих свои обязанности по отношению к детям, большой процент уже созданных приемных семей разрушается, что вызывает у детей сильнейшие эмоциональные переживания и расстройства. Встречаются случаи суицидального поведения детей в приемных семьях, а также психической дезадаптации при возвращении детей. На фоне низкой осведомленности общества о проблемах детей-сирот и их жизнеустройстве в приемной семье особую актуальность приобретает проблема качественной подготовки приемных родителей, где психологический фактор является определяющим.

На сегодняшний день в России действуют около 730 школ приемных родителей; кроме того, на базе интернатов создано около 330 служб сопровождения, которые нуждаются в научно обоснованных программах сопровождения, обеспеченных соответствующими методами работы с родителями и детьми. Мы предполагаем, что базовые убеждения и родительские установки, определяющие образ мира приемных родителей влияют на отношение к разным аспектам семейной жизни, определяют образ жизни в семье, систему взаимодействия с приемным ребенком, в рамках которой создаются условия для сохранения и развития психического здоровья детей.

Целью исследования стало выявление особенностей базисных убеждений и родительских установок, как психологических факторов, детерминирующих отношение и поведение приемных родителей.

Методы исследования: психодиагностические опросники Шкала базисных убеждений (Янофф-Бульман, адаптация Падун и Котельникова) и опросник родительских установок PARI (Шеффер и Белл, адаптация Нещерет). Использовался метод частотного анализа.

Материал исследования. В исследовании принимали участие приемные родители (семейная пара) в возрасте от 19 до 76 лет (мужчины и женщины) в количестве 74 человек. Мужчин – 26, женщин – 48.

Результаты. Согласно полученным данным в отношении особенностей базисных убеждений родителей, следует констатировать, что у большинства родителей выявлено оптимистичное отношение к миру, окружающим людям, позитивное отношение к самим себе, что указывает на психическую стабильность и успешность в повседневной жизни большинства респондентов.

Особенности родительских установок выявлялись по двум критериям: особенности отношения приемных родителей к семейной роли и особенности отношения к стилям воспитания ребенка. Количественная и качественная обработка данных установила, что у 84,6 % респондентов общий показатель семейных конфликтов соответствует средней норме, что указывает на отсутствие склонности к конфликтности у большинства приемных родителей, участвующих в исследовании. Выявление степени ограниченности интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье показало, что 90 % женщин стремятся не только реализовать себя в семье, но им также интересна и их профессиональная жизнь, речь идет о равной степени усилий, связанных с семейной и профессиональной сферами. Показатель ощущения самопожертвования в роли матери показал, что доминирующее большинство (95,6 %) чувствуют себя гармонично в семье. Оценка степени удовлетворенности/неудовлетворенности ролью хозяйки дома показала, что 78,6 % респондентов удовлетворены ролью хозяйки дома, а 20 % респондентов не зависят от семьи и согласованно распределяют хозяйственные функции. Изучение характера интегрированности семьи показало, что в 90 % семей мужа включены в дела семьи и являются ее активными участниками; 13 % матерей предпочитают отдавать доминирующую позицию мужу, 84 % матерей предпочитают равноправие и разделенную поровну с мужем власть в семье. Это говорит о том, что в большинстве семей матери разделяют власть и права в семье с мужем; показатель несамостоятельности матери у 84 % матерей соответствует средней норме. Это говорит о том, что большинство матерей в меру зависимы и самостоятельны. Показатели «педагогического отношения», обеспечивающие воспитание детей, свидетельствуют, что 30 % родителей предполагают быть в большом авторитете у детей, 70 % респондентов обнаружили стремление чувствовать себя на равных с детьми, не быть авторитарными.

Выявление особенностей отношения к стилям воспитания ребенка показало, что у большинства родителей показатели оптимального эмоционального контакта, излишней эмоциональной дистанции с ребенком, излишней концентрации на ребенке находятся в пределах средней нормы. Вероятно, это может свидетельствовать об адекватном, продуманном отношении к ребенку, когда отсутствуют крайние полюсы отношений.

Методом корреляционного анализа установлены следующие связи особенностей отношения приемных родителей к семейной роли с особенностями их отношения к стилям воспитания ребенка. Зависимость родителей от семьи прямо связана с партнерскими отношениями с ре-

бенком, активностью ребенка, уравниванием отношений с ребенком, чрезмерной заботой о ребенке, интересом к миру ребенка; обратно связана с уклонением от конфликтов и подавлением агрессивности ребенка. Семейные конфликты прямо связаны с вербализацией. Самопожертвование родителей в семье прямо связано с партнерскими отношениями с ребенком, активностью ребенка, уравниванием отношений с ребенком, заботой о ребенке, опасением обидеть ребенка, интересом к миру ребенка и обратно связано с излишней строгостью. Несамостоятельность матери прямо связана с вербализацией, партнерскими отношениями с ребенком, активностью ребенка, уравниванием отношений с ребенком, опасением обидеть ребенка, исключением внесемейных влияний и обратно связана с излишней строгостью с ребенком.

Сверхавторитет родителей в семье прямо связан с вербализацией, партнерскими отношениями с ребенком, активностью ребенка, уравниванием отношений с ребенком, заботой о ребенке, интересом к миру ребенка, а также подавлением воли ребенка, опасением обидеть его, исключением внесемейных влияний. Безучастность мужа в делах семьи прямо связана с раздражительностью на ребенка, излишней строгостью с ребенком, уклонением от конфликтов с ребенком, чрезмерной заботой о ребенке, подавлением агрессивности ребенка, подавлением сексуальности ребенка и стремлением ускорить развитие ребенка. Доминирование матери в семье прямо связано с раздражительностью на ребенка, излишней строгостью с ребенком, чрезмерной заботой о ребенке, подавлением воли ребенка, подавлением агрессивности ребенка, подавлением сексуальности ребенка и стремлением ускорить развитие ребенка.

Выводы. Базисные убеждения большинства родителей свидетельствуют об их психической стабильности и успешности в повседневной жизни, что может рассматриваться в качестве одного из показателей готовности к успешному приемному родительству. У большинства приемных родителей отмечаются благоприятные тенденции в отношениях к семейной роли для воспитания приемного ребенка. Отношения к стилям воспитания ребенка показали осознанную и адекватную позицию большинства родителей. Корреляционные связи позволяют сделать предположение о связи отношения к семейной роли и стилям воспитания, среди которых выделяются как благоприятные, так и неблагоприятные для развития и психического здоровья детей.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Кузин А. Ю.

Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск

Важнейшим источником большинства современных подходов в психотерапии семейных отношений являются работы научно-исследовательского проекта группы Пало-Альто. Организатором и руководителем этого проекта, действовавшего с 1952 по 1962 г., являлся Грегори Бейтсон (1904—1980) – выдающийся антрополог, биолог, кибернетик. Участниками проекта были Грегори Бейтсон, Джон Уикленд, Джей Хейли, а также Дон Джексон и Уильям Фрай. Эта группа за 10 лет творческой работы опубликовала более 70 статей и книг [2; 115-145]. В изданных исследованиях участники группы Пало-Альто опирались на теорию систем, которая, в свою очередь, берет свое начало в кибернетической теории [1]. «С этой теорией впервые стало возможным рассматривать человеческие существа не отдельно друг от друга, а как группу, в которой каждый реагирует таким образом, чтобы поддерживать гомеостаз, и поэтому у поведения появились причины в настоящем». Утверждалось, что стабильность семейной системы поддерживается с помощью самокорректирующихся процессов, и при попытке что-либо изменить эти процессы активизируются.

Идея о том, что семья или любая другая группа является системой, поддерживаемой процессом обратной связи, добавило еще одно измерение в объяснение человеческого поведения. Пришло ошеломляющее понимание, что, по-видимому, люди делают то, что они делают, реагируя на действия других людей... [3; 14-15]. Главное преимущество теории систем, по мнению Дж. Хейли [3; 15], состоит в том, что она дает возможность предсказать определенные события.

Исследования группы Пало-Альто послужили мощным стимулом для развития многих современных психотерапевтических подходов: теории семейных систем М. Боуэна, стратегического подхода в семейном консультировании (Дж. Хейли, К. Маданес, М.С. Палацолли), структурной семейной психотерапии (С. Минухин), парадоксальной семейной психотерапии (П. Пэпп), терапии, ориентированной на решение (С. де Шейзер, И. К. Берг), краткосрочного подхода в семейной психотерапии (П. Вацлавик, Дж. Уикленд, Р. Фиш, Дж. Нардоне, К. Шлангер) и др.

В данном докладе мы остановимся более подробно на краткосрочном подходе в семейной психотерапии. А точнее – на методиках непрямого воздействия на детей через родителей, разработанных в рамках данного подхода. В настоящее время краткосрочный подход в семейной психотерапии является динамичным, развивающимся направлением. Наибольший вклад в развитие данного направления психотерапии внес выдающийся итальянский психотерапевт и исследователь Джорджо Нардоне. Им и его коллегами разработаны и внедрены эффективные методики работы с паническими атаками, фобиями, ипохондрией, булимией и т. п. Большое внимание в данном подходе уделяется также психотерапии семьи, которая включает в себя как решение супружеских проблем, так и помощь семье в разрешении проблем детей и подростков. Одним из направлений, разработанных в рамках краткосрочного подхода в семейной психотерапии, является не прямое воздействие на детей через родителей.

В качестве основы для решения детских проблем через включение родителей в краткосрочном подходе используются парадоксальные стратегии, например, «предписание симптома» и др. С помощью этих стратегий представителям краткосрочного подхода удается эффективно решать такие проблемы детей и подростков, как школьная социофобия, обсессивно-компульсивные расстройства, расстройство дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), непослушание, элективный мутизм и др.

Приведем пример психотерапевтической стратегии при работе с ребенком со школьной социофобией. Ребенок с подобной проблемой обычно имеет трудности в адаптации к школьной системе: к взаимодействию с учителями, со сверстниками и т. п. Это проявляется в следующих симптомах: страхи, плаксивость, нежелание идти в школу, психосоматические расстройства. Родители в таких случаях стараются объяснить ребенку, что в школе нет ничего страшного, указывают на положительные моменты школьной жизни, предлагают ребенку разные способы, как он может наладить хорошие отношения с учителями и сверстниками. Однако во многих случаях все усилия родителей выработать у ребенка положительное отношение к школе ни к чему не приводят, и школьная социофобия сохраняется или даже усиливается.

В таких случаях психотерапевты, работающие в рамках краткосрочного подхода, обычно дают родителям следующие предписания.

1. Не объяснять ребенку, почему нужно ходить в школу, не пытаться привлечь его внимание к положительным сторонам школьной жизни.

2. Предоставить ребенку возможность каждый день перед занятиями в школе в течение 15 минут (при необходимости до 30 минут) рассказывать о своих страхах. Родители должны просто молча слушать. Можно иногда помогать, задавая вопросы, типа: «А что случится, если ты придешь в школу?», «А что страшного, если с тобой никто не будет говорить?» и т. п., но не давать никаких подсказок, советов и утешений, не переходить в диалог. Предписание выполняется в течение не менее 2 или 3 недель, но при этом ребенка каждый день отправляют в школу.

3. Рекомендуется вести так называемую пятничную ведомость, по окончании недели награждать ребенка за посещение школы, за каждый день отдельно. Во время награждения родители должны подчеркивать произошедшие с ребенком даже самые минимальные изменения к лучшему.

При тщательном выполнении предписаний через 2-3 недели симптомы школьной социофобии значительно уменьшаются. И после этого психотерапевт может переходить к прямым предписаниям. Например, психотерапевт может обсудить с родителями и ребенком эффективные способы улучшения взаимоотношений с учителем или сверстниками, помочь родителям выявить интересы ребенка и подобрать для него соответствующие кружки и секции, где он найдет единомышленников, что, в свою очередь, еще больше повысит и укрепит его уверенность в себе.

Краткие выводы. Таким образом, краткосрочный подход в семейной психотерапии, как и многие другие современные подходы, берущие свое начало в теории систем и исследованиях семейных систем группы Пало-Альто, показывает свою эффективность в области психотерапии семьи, в частности в решении проблем детей и подростков в рамках семьи.

Л и т е р а т у р а

1. Винер Н. Кибернетика, или Управление и связь в животном и машине. – М. : Советское радио, 1958. – 216 с.
2. Haley J. Development of a Theory: A History of a Research Project / C. E. Sluzky, D. C. Ransom (eds.). – New York : Double Bind, Grune & Stratton, 1976. – P. 115-145.
3. Haley J. Leaving Home: The Therapy of Disturbed Young People. – New York : McGraw-Hill Co., 1980. – 315 p.

ТЕНДЕНЦИИ РОСТА ИНДЕКСА СУИЦИДАЛЬНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЙОНАХ, ПРИРАВНЕННЫХ К КРАЙНЕМУ СЕВЕРУ

Кузнецов В. Н.

ОГБУЗ «Каргасокская РБ», Томская область

В последние годы суицидальное поведение рассматривается как непрерывный процесс, в основе которого лежит предрасположенность к такому поведению. Предложена интегративная модель суицидального поведения, в соответствии с которой динамика и этапность процесса предопределена воздействием факторов-детерминантов суицидального процесса. Исходя из установленных критериев, уровень частоты, превышающий 20 случаев на 100 000 населения, ВОЗ обозначает как критический, что требует принятия экстренных государственных мер по улучшению ситуации. На суицидальное поведение населения оказывает влияние ряд факторов: биологический, клинический, индивидуально-психологический, социально-экономический, климатический. Этнические особенности, различия по половому признаку, возрасту, полоролевая идентичность также в значительной мере определяют суицидальное поведение. Для государства чрезвычайно значимо экономическое бремя суицидов, выраженное стандартизированными единицами (Years of Life Lost), а именно потерянными в связи с преждевременной смертью годами жизни. Но изучение проблем суицидального поведения актуально не только на федеральном, но и на региональном уровне, так как большая часть суицидов совершается в сельских муниципальных образованиях. Для выяснения причинно-следственных связей данного явления был проведен анализ с учетом возраста, пола, уровня образования, трудовой занятости, семейного положения, заболеваемости, вредных привычек, отягощенности анамнеза по линии родителей, sibсов, способа суицида в сельских районах Севера Сибири.

Объектом исследования явилась медицинская документация для регистрации случаев смерти, установленная нормативными актами Российской Федерации. Были изучены медицинские свидетельства о смерти (учетные формы № 106/у-98 и № 106/у-08), оформленные за 5-летний период в МБУЗ «Каргасокская ЦРБ», в количестве 1501 шт., отказные материалы в возбуждении уголовного дела в связи с установлением факта самоубийства, предоставленные Парабельским Межрайонным Следственным Отделом Следственного Управления Следственного Комитета России по Томской области в количестве 117 шт., 104 акта судебно-медицинской экспертизы трупов.

Для сравнения были исследованы случаи самоубийств в двух рядом расположенных, граничащих между собой районах. Каргасокский и Парабельский районы Томской области приравнены к районам Крайнего Севера. Численность населения Парабельского района стабильна и имела за период 2008–2012 гг. незначительный прирост населения, в Каргасокском районе в демографической обстановке наблюдалась отрицательная динамика, численность населения снизилась на 7,8 %.

Для клинико-катамнестического исследования использовались данные информационной системы контроля учета и статистики «ИСКУС» (версия 8.4.7.9).

В качестве аналитического инструмента использовались индексы суицидальности, которые представляют собой стандартизированные показатели, характеризующие количество самоубийств, приходящиеся на 100 тысяч населения за определенный год; рассчитываются они по формуле: $R=(S:P) \cdot 100000$, где

S – общее число случаев самоубийств, произошедшее в течение года;

P – численность населения в исследуемой совокупности по данным официальной статистики.

В результате проведенного исследования было установлено, что среди населения районов, приравненных к Крайнему Северу, наблюдается прогностически неблагоприятная тенденция роста индекса суицидальности. В Каргасокском районе Томской области показатель частоты самоубийств составлял в 2012 г. 84,93 случая на 100 тысяч населения, тогда как средние значения данного показателя по России были в пределах 21 случая на 100 тысяч населения. Средние значения показателя самоубийств на территории района за 5 лет – 74,7 случая на 100 тысяч населения. В Парабельском районе число самоубийств в 2010 г. было также велико и составило 81,9 случая на 100 тысяч населения. Средние значения показателя частоты самоубийств за 5 лет в районе составили 58,5 случая на 100 тысяч населения, т. е. значительно меньше, чем в Каргасокском районе, при этом почти в 3 раза больше в сравнении с общероссийскими показателями.

Наибольшее число самоубийств приходилось на возрастную группу 18–59 лет, т. е. на трудоспособный возраст. В возрасте от 0 до 14 лет зарегистрирован 1 завершённый суицид, в возрасте 15–17 лет – 2 случая самоубийства. В старшей возрастной группе завершённых суицидов оказалось в 7 раз меньше. Низкий уровень образования можно расценивать в качестве предрасполагающего фактора, так как в 69,9 % случаев суициденты имели начальное и неполное среднее образование. Отсутствие работы было зарегистрировано среди суицидентов в 44,6 % случаев. Одиночество, т. е. отсутствие собственной семьи,

зарегистрировано в 57,5 % случаев, суициденты проживали в собственном или съемном жилье. По способам самоубийства между мужчинами и женщинами статистически значимых различий не выявлено, всего лишь одна суицидентка (четырнадцатилетняя девочка) использовала для этой цели огнестрельное оружие.

В 52,1 % случаев (не во всех случаях биосреды трупов подвергались судебно-химическому исследованию на содержание этанола) самоубийства совершены в состоянии алкогольного опьянения. Состояли на диспансерном учете и имели признаки алкогольной зависимости в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 46,1 % суицидентов. При жизни было выявлено психическое расстройство (умственная отсталость, расстройство личности, шизофрения, депрессия и др.) в 26,6 % случаев. Анамнез отягощен по линии родителей алкоголизмом и другими психическими расстройствами в 21,6 % случаев. Наиболее тревожный фактор – самоубийства в возрастной группе 18–29 лет, так среди населения Каргасокского района в указанном возрастном интервале зафиксировано 34 случая завершенных суицидов (40,9 %). При этом выявлено, что 12 человек при жизни страдали алкоголизмом, в 10 случаях при прохождении ВВК был поставлен диагноз: расстройство личности, а в 8 случаях – умственная отсталость. Среди населения Парабельского района зарегистрированы завершенные суициды в этом возрасте в 38,2 % случаев в указанный выше временной период.

Выводы. Таким образом, к предикторам самоубийств среди населения северных районов Томской области прежде всего можно отнести индивидуально-психологические факторы (психические расстройства, этническая принадлежность, отягощенность анамнеза психическими и наркологическими расстройствами по линии родителей, sibсов, одиночество). Социально-экономические факторы (отсутствие работы, низкий уровень образования) также значимы, но анализ показал, что суициденты, не имевшие работы и низкообразованные, в большей части злоупотребляли алкоголем, при жизни у них были установлены признаки умственной отсталости, расстройства личности, алкогольной зависимости, «двойные» психиатрические диагнозы. Анамнез у них был отягощен алкоголизмом и другими психическими расстройствами по линии родителей, sibсов. Обращает на себя внимание довольно высокий удельный вес среди суицидентов селькупов. Так, доля селькупов в населении Каргасокского района составляет 3,85 %, а удельный вес их среди суицидентов – 8,3 %. В Парабельском районе доля селькупов (0,99 %) в населении значительно меньше, а удельный вес их среди суицидентов (10,3 %) достаточно велик.

Принятые меры государственного регулирования продажи алкогольной продукции по временным параметрам, безусловно, положительно сказываются на масштабах злоупотребления спиртными напитками населением. Предполагается, что меры, ограничивающие шаговую доступность, ценовая политика (кратное увеличение цены на алкогольную продукцию) могли бы оказать значимое воздействие на уровень алкоголизации населения и связанную с употреблением спиртных напитков смертность, что чрезвычайно актуально в сельских и северных районах региона.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Важным направлением исследований здоровья детей с ограниченными возможностями является изучение лиц, обеспечивающих уход и сопровождение (Fournier C. J., Davis M. J., Patnaik A. et al., 2010; Bourke-Taylor H., Howie L. et al., 2011; Braich P. S., Lal V. et al., 2012).

С целью выявления особенностей семей, воспитывающих детей с нарушениями развития, нами в период с 2008 по 2013 г. проводилось изучение психического здоровья 298 учащихся 10—18 лет коррекционных школ I, II, VIII видов г. Томска и школы № 60 социальной адаптации детей-инвалидов г. Улан-Удэ Республики Бурятия с диагнозами: детский церебральный паралич (ДЦП), нарушения слуха (сенсоневральная тугоухость или сенсоневральная глухота), умственная отсталость легкой степени.

Учитывая, что семья – первичная среда развития ребенка, что родители являются основными исполнителями значительной части реабилитационных мероприятий, одним из фрагментов исследования было изучение психологических характеристик и качества жизни родителей детей с ОВЗ. В исследование вошли 154 родителя (68 отцов и 86 матерей), средний возраст отцов на момент обследования составил $41,7 \pm 4,96$ года, средний возраст матерей – $40,1 \pm 5,4$ года. Чаще всего встречаются семьи с двумя детьми – 62,1 %, одного ребенка имеют 30,1 % семей. Многодетных семей оказалось всего 11 (3,7 % от всего количества обследованных семей).

Анализ качества жизни родителей в зависимости от пола («Роза качества жизни», Гундаров И. А., 1995) показал низкую оценку (2–2,5 балла) как матерями, так и отцами таких показателей, как «работа», «душевный покой», «развлечения», «отдых», «материальные условия». В равной степени они удовлетворены такими критериями, как здоровье, условия в районе проживания, духовные потребности. Высоко оцениваются родителями категории «семья», «дети», «питание», «сексуальная жизнь». У матерей детей с ОВЗ удовлетворенность положением в обществе и общением с друзьями выше, чем у отцов. Таким образом, качество жизни родителей детей с ОВЗ характеризуется достаточной удовлетворенностью критериями физической и социальной сфер (семья, дети), низкой степенью удовлетворенности критериями психологической и социальной сфер (работа). Отцы детей с нарушениями развития ниже оценивают «положение в обществе» и «жилищные условия».

Нами также оценивался уровень тревоги родителей по шкале тревоги Гамильтона. Межгрупповых различий в уровне тревоги у родителей не отмечалось. Основная часть родителей (85,3 % отцов и 68,7 % матерей) имеют низкий уровень тревоги. Средний уровень тревоги отмечается у 14,7 % отцов и 27,1 % матерей, высокий уровень тревоги – только у матерей (4,2 %). Уровень тревоги матерей в целом выше, чем у отцов, так как основная нагрузка по уходу и воспитанию ребенка с дефектом приходится именно на них. Большое число родителей с низким уровнем тревоги может объясняться адаптацией к заболеванию ребенка, а также наличием сформировавшихся психологических защит.

На наш взгляд, существует определенное рассогласование между субъективно высокой оценкой родителями предлагаемых критериев качества жизни, низким уровнем тревоги и объективными условиями их жизни (низкий материальный уровень – 51,1 % семей, безработные – 22,1 % отцов и 6,8 % матерей, злоупотребление алкоголем – 17,3 % родителей).

Такое положение может объясняться следующими моментами. Во-первых, существующая система коррекционного образования детей с дефектом способствует «делегированию» обязанностей по уходу, воспитанию и обучению государству, социальным структурам, педагогическому коллективу и медицинским работникам. Подобная передача ответственности проявляется и в формировании рентных установок у родителей. Во-вторых, качество жизни отражает расхождение ожиданий человека с его достижениями (Семке В. Я., 2000), а у родителей детей исследуемой группы это расхождение незначительно, что связано как с их невысоким уровнем притязаний, большей встречаемостью низкого уровня образования (среднее специальное/техническое –

51,3 %, среднее образование – 26 %, занятость на рабочих специальностях – 45,6 % отцов и 38,6 % матерей), так и с формированием психологических защит и неэффективных копинг-стратегий, что требует дальнейшего изучения.

Выявленные психологические и социальные характеристики родителей нередко способствуют формированию заниженной самооценки, неуверенности, рентных установок у детей и ограничивают их личностный рост и развитие, что требует активной работы с семьей, как со средой, формирующей психическое здоровье и являющейся ресурсом, определяющим адаптивные возможности и прогноз для ребенка с ОВЗ.

ТРАНСЛЯЦИЯ СТРАТЕГИЙ ПРИВЯЗАННОСТИ В ТРЕХ ПОКОЛЕНИЯХ СЕМЬИ: УСТОЙЧИВОСТЬ И ИЗМЕНЕНИЯ

Куфтяк Е. В.

ФГБОУ ВПО «Костромской ГУ им. Н. А. Некрасова», Кострома

Привязанность является фундаментальным понятием, используемым в исследованиях межличностных отношениях. Привязанность в наиболее общем смысле исследователи определяют как поиск и установление близости с другим индивидом или чувство близости к кому-либо, основанное на симпатии, преданности. Изучение привязанности активно проводится зарубежными психологами начиная с 60-х гг. прошлого столетия, но только с конца 90-х гг. XX в. началось изучение в России.

Дж. Боулби, как основоположник теории привязанности, считал, что поведение привязанности имеет отношение к любой форме поведения, о которой можно с уверенностью сказать, что оно приведет к достижению или поддержанию близости или общения с определенным избранным индивидом (Боулби Дж., 2006). Исследователь пришел к выводу, что это заложено в человеке с рождения. Учитывая предполагаемую биологическую функцию поведения привязанности (а именно защита от вреда), Дж. Боулби отмечал, что подобного рода поведение было избрано еще во время эволюции. Поведение привязанности сопутствует человеку на протяжении всего жизненного цикла семьи, а стратегия привязанности человека повторяется во всех близких отношениях.

Многочисленные исследования, изучающие привязанность ребенка, показывают, что особенности отношений матери с ребенком выступают причиной развития стратегии привязанности (безопасной – небезопасной). Ряд исследователей указывает на межпоколенную трансляцию типов привязанности из поколения в поколение, т. е. от матерей к младенцам (Main M., Cassidy J., 1988; Hautamäki A., Hautamäki L. et al., 2010). Нарушение связи между родителями и ребенком, по мнению психоаналитиков, обусловлено трансгенерационной травмой родителей, проявляющейся в их неспособности к построению стабильной надежной связи с ребенком. Ребенок, эмоционально связанный с родителями, оказывается вовлеченным в переживание этой травмы, и впоследствии в его собственных отношениях будут актуализироваться усвоенные стратегии поведения. Ю. Кестенберг (1982) описывает трансгенерационную транспортировку, что имеет отношение к «вложению» в ребенка травматических образов (Kestenberg J., 1982). В. Волкан (Volkan V., 2003), автор теории «вложения», считает, что взрослые используют детей, преимущественно бессознательно, как резервуар для определённых Я- и объектных образов, принадлежащих взрослому. В процессе «вложения» взрослые вкладывают причиняющие беспокойство образы в другого человека, для того чтобы освободиться от них и справиться с душевными конфликтами и тревогой, ассоциирующимися с подобными образами. В данном ключе стратегии привязанности в отечественных исследованиях не изучались.

Проведенное нами исследование преемственности и изменений привязанности от поколения к поколению семей осуществляется в разных направлениях (Куфтяк Е. В., 2014). Мы предлагаем определять тип привязанности как определенные способы переработки и интеграции информации, порождающие соответствующие стратегии поведения.

Организация исследования проводится на основе следующих условий. Во-первых, для «чистоты» экспериментальной работы нами выбраны представители поколений одной семьи, чтобы между группами, различными по возрасту, не было больших различий, связанных с социально-экономическим положением и религиозными взглядами. Во-вторых, в соответствии с положением, распространенным в психогенетике, о влиянии матери на фенотип потомков («материнский эффект»), связанном как с генетическим фактором, так и психологическими, постнатальными факторами (идентификация ребенка с матерью, особенности их взаимодействия), а также биологическими, внутриутробными (состояние материнского организма во время беременности, цитоплазматическая наследственность), в исследовании участвуют три поколения женщин одной семьи (бабушка – мать – внучка).

Первая серия исследования осуществляется в рамках изучения трансляции в поколениях системы отношений личности и их воспроизведения в контексте семьи. На настоящий момент в исследовании приняли участие 23 семьи, 69 человек. Выборку составили женщины: старшего поколения (бабушки; средний возраст которых составил 68,6 года); среднего поколения (матери; средний возраст составил 42,9 года); младшего поколения (дочери; средний возраст составил 19,7 года).

Во *второй серии* осуществляется изучение взаимосвязи между показателями привязанности и близости матери и бабушки и привязанности ребенка к матери. В исследовании приняли участие 30 триад «ребенок – мама – бабушка». Возраст детей составлял 6–7 лет. Средний возраст матерей – 31,1 года. В 20 триадах ребенок был единственным в семье.

При исследовании взрослых представителей использовались следующие методики: «Самооценка генерализованного типа привязанности» (RQ) (Bartholomew K., Horowitz L., 1998) в адаптации Т. В. Казанцевой (2011), «Опыт близких отношений» (ECR-R) (Fraley R. C., Waller N. G. & Brennan K. A., 2000) в адаптации Т. В. Казанцевой (2008). Обследование ребенка проводилось с использованием методики «Опросник оценки типов привязанности к матери» (Пупырева Е. В., Бурменская Г. В., 2007). Полученные данные подверглись качественному, корреляционному и сравнительному анализу.

Обратимся к основным результатам настоящего исследования.

Обсуждение результатов. В *первой серии* исследования обнаружена преемственность в поколении женщин зависимого типа привязанности (высокий уровень тревожности и одновременно низкий уровень избегания близости).

В проведенном исследовании выявлено, что наиболее высокий уровень преемственности привязанности связан с типами В (тревожно-противоречивый) и А (безопасный) (в типологии, предложенной авторами методики). Наиболее встречаемой комбинацией типов привязанности в трех поколениях женщин (бабушка – мать – дочь) были тип А/А/А, что указывает на преемственность (стабильность трансляции типа), и типы А/С/А и С/А/С, имеющие обратное влияние (тип С – отстраненно-избегающий). Следует отметить, что комбинация А/С/А была более частой, чем С/А/С. Частота других комбинаций встречаемости типов привязанности была низкой (0–2). Также было установлено, что 6 из 10 матерей с типом В произошли от бабушек с типом В, а 4 матери произошли от бабушек типа А.

Мы получили подтверждение о том, что негативный стиль (тип D, негативное отношение к себе и другим) старшего, среднего и младшего поколений женщин соотносится друг с другом. Т. е. негативный стиль привязанности имеет устойчивую связь к передаче в поколении женщин одной семьи.

Во второй серии исследования, проведенного с использованием корреляционного анализа, выявлено, что уверенность взрослых (и мамы, и бабушки) в отзывчивости и надежности значимого для них лица связана с повышением эмоциональной чуткости у ребенка ($r=-0,59$, $p=0,001$; $r=-0,41$, $p=0,024$). Тревожный тип привязанности (характерно отсутствие базового чувства безопасности) матери коррелирует с повышением эмоциональной чуткости у ребенка ($r=-0,44$, $p=0,015$), а аналогичный тип привязанности бабушки – с повышением эмоциональной близости ребенка к матери ($r=-0,44$, $p=0,015$). Так, полученные данные указывают на возможность существования совместной единой стратегии поведения в системе отношений «мать/близкий взрослый – ребенок», что необходимо учитывать в профессиональной работе.

Полученные данные представляют значительный интерес в понимании механизмов формирования системы «мать/близкий взрослый – ребенок» и позволяют увидеть новые направления терапевтической работы с детьми и ближайшим окружением по изменению стратегий по организации поведения.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ (проект № 13-06-0582).

ОБОСНОВАНИЕ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

Лебедева Е. В.¹, Счастный Е. Д.¹, Репин А. Н.²,
Сергиенко Т. Н.², Симуткин Г. Г.¹

¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

² ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

В основе соболезненности аффективных расстройств и ИБС лежит биологическая уязвимость, обусловленная полиморфизмами генов, общих для развития коронарной болезни и депрессии (ген АПФ, ген транспортера серотонина, G-белка и другие гены-кандидаты) [1]. Пациенты с ИБС и депрессивными расстройствами (около 20 % больных ИБС) более чувствительны к стрессу, чем лица без данных расстройств. Депрессия часто сочетается с тревогой, тогда как изолированные тревожные или депрессивные расстройства встречаются более редко [2].

Одним из пусковых механизмов развития как депрессии, так и ИБС обычно является стрессовое событие, достаточно сильное, индивидуально значимое, чтобы привести в напряжение функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с последующим запуском других механизмов: изменение активности серотонинергической, норадренергической систем, снижение BDNF, гормона роста, активация апоптоза, патологические изменения в гиппокампе, повышенное тромбообразование, гиперхолестеринемия, активация воспаления, эндотелиальная дисфункция, снижение вариабельности ритма сердца, ЖЭС [12]. Пациенты с депрессией имеют высокий риск острых коронарных катастроф, смертности [4, 6].

Психосоциальные факторы играют значимую роль в развитии депрессивных расстройств [10, 11]. G. J. Kennedy et al. (1989) при обследовании более 2000 пожилых пациентов выявили иерархию признаков, коррелирующих с выраженными симптомами депрессии: хроническая болезнь, инвалидизация, изоляция, тяжелая утрата и бедность. Невозможно исключить медикаментозный генез некоторых депрессивных состояний.

Для оказания оптимальной помощи пациентам с депрессивными расстройствами и хронической ИБС необходима организация работы междисциплинарных команд, как в условиях стационаров, так и амбулаторно, а также создание реабилитационных центров с дневным пребыванием. В работу с такими пациентами должен быть подключен психиатр/психотерапевт для согласования способов и видов терапии [2, 4, 6].

Все пациенты с острыми или впервые возникшими коронарными событиями должны участвовать в образовательных программах по ИБС и управлению стрессом (возможно привлечение клинического психолога). Это позволит снизить риск формирования впервые возникших тревожно-депрессивных расстройств, ответственно подходить к работе над своим восстановлением, изменять привычки, влияющие на развитие/прогрессирование ИБС, полноценно жить, ставить новые цели и развиваться.

Имея ввиду высокую распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных ИБС, для их выявления следует использовать сплошной скрининг пациентов стандартизированными опросниками.

Для фармакотерапии депрессии у больных ИБС следует использовать антидепрессанты с низким профилем сердечно-сосудистых побочных эффектов (СИОЗС: сертралин, эсциталопрам, флуоксетин) [5]. При назначении флувоксамина необходимо контролировать взаимодействие с препаратами, метаболизм которых контролируется общими

цитохромами P-450. Эффективным и достаточно безопасным является тразодон при отсутствии тяжелых аритмий и необходимости приема кордарона. Агомелатин также является препаратом выбора при терапии депрессивных расстройств у больных ИБС, в том числе при инфаркте миокарда. Антидепрессанты необходимо назначать при умеренно выраженной депрессии и тревоге, начинать с половинных доз (сертралин с 50 до 150 мг/сут, утром или в обед, эсциталопрам с 5 до 20 мг/сут утром или в обед, флуоксетин с 10 до 40 мг/сут утром, флувоксамин с 50 до 200 мг/сут вечером и на ночь, тразодон с 50 до 450 мг/сут на ночь или вечером, агомелатин 25 мг, при неэффективности до 50 мг/сут на ночь), с увеличением дозы до минимально эффективных и среднеэффективных. Антидепрессанты показаны и эффективны как в отношении депрессивных, так и в отношении тревожных расстройств. Антидепрессанты не показаны для терапии депрессии и тревоги легкой степени выраженности.

Для терапии кратковременных легких тревожно-депрессивных состояний предпочтительна психотерапия, короткие курсы (до 3 недель из-за риска развития зависимости) транквилизаторов и других средств с седативным эффектом. Тяжелые тревожно-депрессивные расстройства и биполярную депрессию может лечить только психиатр/психотерапевт из-за риска суицида и инверсии аффекта. Клинически заметный эффект антидепрессантов появляется не ранее чем через 2 недели терапии, и пациенты должны быть об этом информированы.

Предпочтительно выявление депрессивных расстройств и их лечение на амбулаторном этапе у пациентов с планируемым оперативным лечением ИБС. В случае отложенного оперативного вмешательства также следует назначать антидепрессивную терапию. Нерационально назначать антидепрессанты в предоперационном периоде в стационаре из-за отсроченного появления ожидаемого эффекта и увеличения риска делирия после операции. Длительность терапии должна составлять 6 месяцев в случае первого депрессивного эпизода и более при повторных эпизодах. Если не планируется полноценный курс антидепрессивной терапии, следует избегать краткосрочного (менее 3–6 месяцев) назначения антидепрессантов, а использовать другие препараты.

Противопоказаны при ИБС: трициклические антидепрессанты (из-за проаритмического эффекта, влияния на частоту сердечных сокращений, риска гипотонии и др. сердечно-сосудистых побочных эффектов). Не являются препаратами выбора у больных с ИБС дулоксетин и другие антидепрессанты двойного действия из-за риска увеличения артериального давления; мirtазапин из-за прогрессирования метаболического синдрома и веса. Препараты зверобоя представляются нецелесо-

образными для этой группы пациентов из-за усиления риска тромбоза. При необходимости назначения нейролептиков предпочтителен кветиапин, как имеющий минимальное влияние на метаболические процессы. Фенотиазины в комбинации с любыми антидепрессантами увеличивают сердечно-сосудистую смертность.

Врачам следует избегать рекомендовать ежедневное использование низких доз алкоголя для профилактики развития ИБС. Культура потребления алкоголя в России не сформирована, нестабильность социально-экономического положения, бедность, особенности генетики могут привести к развитию зависимости вследствие употребления алкоголя. Алкоголь не является средством профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, в отличие от более безопасных и проверенных традиционных методов, таких как гипохолестериновая диета, физические упражнения и фармакотерапия. Во многих исследованиях, посвященных исследованию защитных эффектов алкоголя на сердечно-сосудистую систему, есть типичная ошибка: абстиненты и злоупотребляющие алкоголем имеют более высокие риски, чем те, кто незначительно употребляют алкоголь. Отсюда происходит переоценка кардиопротективного действия малых и умеренных доз алкоголя. Защитный эффект алкоголя выявлен только в исследованиях, в которых нет различия между «реально воздержавшимися» и «вынужденно воздержавшимися», поскольку они имеют разные заболевания. Если эти различия были устранены, «истинно воздержавшиеся» имели лучшие показатели, чем «умеренно употреблявшие алкоголь». Регулярное потребление алкоголя – маркер изначально более хорошего здоровья в среднем и пожилом возрасте, а не причина хорошего здоровья (8). «Вынужденно воздержавшиеся» и «злоупотребляющие алкоголем» фактически относятся к одной группе, опрошенной в разные периоды времени. При опросе они могут относить себя как к группе «абсолютно не употребляющих» (когда находятся в периоде воздержания, несмотря на то что до последнего времени имели место многомесячные запои), так и к группе злоупотребляющих (если во время опроса пациенты находились в период употребления). Кроме того, пациенты с зависимостью склонны ее преуменьшать или вовсе отрицать.

Антидепрессанты работают быстрее, а наибольшим протективным эффектом в отношении стресса и связанных с ним тревожно-депрессивных расстройств обладает психотерапия. Имеет доказательную базу эффективности когнитивно-поведенческая ПТ [7]. Применение экзистенциально-гуманистического подхода может увеличить комплаентность пациентов. Семейная ПТ позволяет активнее включать в реабилитационный процесс близких пациента, формировать поддерживающее окружение. Предпочтительна работа в группе.

Для пациентов с депрессивными расстройствами и хронической ишемической болезнью сердца следует активно использовать другие методики терапии депрессии: светотерапию, аэроионотерапию [9]. Следует активнее использовать физические тренировки, так как они обладают и антидепрессивным эффектом. Наиболее оптимально использовать комбинированную терапию.

Также необходимо прорабатывать вопросы взаимодействия с социальными службами для продолжения социокультурной реабилитации и проблем занятости из-за временной, частичной или полной утраты трудоспособности больных.

Л и т е р а т у р а

1. Лебедева Е. В. и др. Феномен коморбидности депрессии и коронарной болезни в свете современных достижений генетики (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 41—47.
2. Репин А. Н. и др. Клиническое течение заболевания у пациентов с ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне длительной терапии антидепрессантами // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2010. – Вып. 2. – Т. 25, № 2. – С. 20—25.
3. Kennedy G. J., Kelman H. R., Thomas C. et al. Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample // American Journal of Psychiatry. – 1989. – Vol. 146 (2). – P. 220—225.
4. Celano C. M., Huffman J. C. Depression and Cardiac Disease. A Review // Cardiology in Review. – 2011. – Vol. 19, № 3. – P. 130—142.
5. Steven P. Roose and Marissa Miyazaki I. Pharmacologic Treatment of Depression in Patients With Heart Disease // Psychosomatic Medicine. – 2005. – Vol. 67. – P. 54—57.
6. Mastrogiannis D., Giamouzis G., Dardiotis E. et al. Depression in Patients with Cardiovascular Disease. Review Article // Cardiology Research and Practice. – 2012. – <http://www.medscape.com/viewarticle/736198?src=mpnews&spoon=2>
7. Fillmore K. M. et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies // Addiction Res. Theor. – 2006. – Vol. 14. – P. 101—132.
8. Симуткин Г. Г. Особые паттерны течения аффективных расстройств. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2010. – 416 с.
9. Счастный, Е. Д., Семке А. В., Размазова Л. Д. и др. Биологические и клинко-социальные механизмы развития аффективных расстройств (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, 2009—2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 18—27.
10. Счастный Е. Д. Симуткин Г. Г., Невидимова Т. И. и др. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 23—33.
11. Розин А. И., Счастный Е. Д., Гарганеева Н. П. Механизмы взаимосвязи депрессии и ишемической болезни сердца (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 117—120.

ПОДРОСТКОВОЕ МАТЕРИНСТВО КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Лебедькова Л. Н.¹, Левина И. Л.²

¹ МБОУ «Центр диагностики и консультирования», Новокузнецк

² ФГБУ «НИИ КППЗ» СО РАМН

Психология материнства – это одна из наиболее сложных и мало разработанных областей психологии личности. Необходимость изучения этого направления психологии обусловлена не только медико-демографическими проблемами современной России, но и тенденцией к постоянному росту такого социального явления, как ранняя беременность и подростковое материнство. В России проблема подростковой беременности весьма актуальна. Так, по данным статистики, частота подростковых родов составляет 50 на 1000 женщин от 15 до 19 лет (ВОЗ. Статистика. Подростковая беременность. 2010 г.). Беременность в подростковом возрасте предопределяет грубое нарушение не только в развитии полового и материнского поведения, но и многих личностных образований (Туманова Н. Н., 2009). По мнению Филиппа Райса, рождение ребенка у девушки в подростковом возрасте является трагедией, которая определяет всю ее последующую жизнь (Райс Ф., 2000).

Исследователи указывают на специфические особенности ранней беременности как психологического феномена (Филиппова Г. Г., 2002; Туманова Н. Н., 2009; Арчакова Т. О., 2012; Коршакова Э. С., 2013 и др.). Подростковая беременность является заведомо нелегитимной. Она носит, как правило, случайный, незапланированный характер и вызывает сильные и устойчивые отрицательные эмоции (страх, раздражение, тревогу, обиду, гнев, чувство вины и т. д.). Характерно наличие психологических защит (игнорирование признаков беременности и очень позднее признание своей беременности при наличии ее достоверных признаков, гипозестезия (поздняя регистрация) и гиперэстезия (отвращение, враждебность) шевеления плода, повышенная активность, в том числе и сексуальная, и др. Юная женщина стоит перед необходимостью сделать мучительный выбор, причем в принятии решения она зависима от родителей. Она испытывает острую потребность в эмоциональной поддержке, которую не может получить от своих близких и отца ребенка. Кроме того, беременность у подростков сопровождается более высокой частотой клинических осложнений, включая выкидыш, токсикоз и кровотечения, а также повышенным уровнем материнской смертности по сравнению с женщинами в возрасте от 20 до 30 лет. Дети, рожденные женщинами этой возрастной

группы, имеют низкую массу при рождении и почти вдвое чаще умирают в младенчестве, чем дети 20-30-летних матерей (Туманова Н. Н, 2009).

По статистике Новокузнецк является самым неблагополучным среди городов Сибирского федерального округа в плане репродуктивного здоровья населения. У подростков фиксируется рост ранних беременностей, заканчивающихся абортами. Так, в 2004 г. несовершеннолетними сделано 494 аборта, а в 2006 г. уже 900. Довольно высокими остаются показатели прерывания беременности у подростков в поздние (до 22 недель) сроки в связи с физиологической незрелостью (20-25 % всех прерываний в эти сроки по медицинским и генетическим показаниям).

Ранние беременности, заканчивающиеся родами, протекают неблагоприятно. Ежегодно умирают от 1 до 5 беременных женщин и молодых матерей. Средний показатель младенческой смертности в городе составляет 18,5 на 1000 родившихся. Растет количество оставленных детей в родильных домах Новокузнецка (рис. 1). За 2007-2008 гг. официально зарегистрировано 408 случаев отказа от детей, среди них 76 несовершеннолетних матерей.

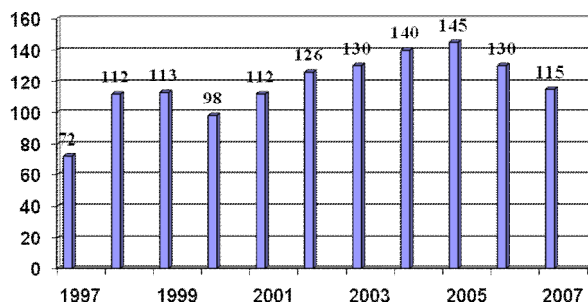


Рис 1. Динамика численности брошенных детей в родильных домах Новокузнецка

Анализ случаев отказа несовершеннолетними матерями от новорожденных детей показал, что у подростков существует легкомысленное отношение к родительству, беременность не диагностируется на ранних сроках, они не знают, куда обратиться за помощью.

Для оказания помощи беременным девочкам-подросткам в Центре диагностики и консультирования г. Новокузнецка была разработана комплексная программа психолого-медико-педагогического сопровождения несовершеннолетних матерей. Программа успешно работает в течение последних 7 лет.

Основной особенностью комплексной помощи является ее оказание на всех этапах одними и теми же специалистами (включая психолога-специалиста в области психологии материнства и детства одновременно, гинеколога-акушера, педиатра), возможность консультирования другими специалистами, патронаж после родов. Но центральной фигурой, объединяющий работу всех специалистов и осуществляющей преемственность работы на всех этапах работы развития материнско-детского взаимодействия, является психолог.

Психолого-медико-педагогическое сопровождение ранней беременности включает в себя следующие мероприятия.

1. Первичный прием педагогом-психологом (по сигналу из школы или других источников) проводится для выявления условий жизни, которые могут быть факторами риска в судьбе девочки. В последующем все юные матери берутся на учет в Центр, с ними проводится работа по сохранению репродуктивного здоровья, коррекции поведения, патронаж.

2. Если подтверждается наличие сложной жизненной ситуации, педагог-психолог координирует участие различных учреждений в оказании помощи несовершеннолетним матерям – женской консультации, центров социальной помощи, управления занятости населения, ИДН и др.

3. Для осуществления реабилитационной работы через адресное бюро определяется место проживания и постоянной прописки несовершеннолетней матери в целях совместной работы с Центрами социальной помощи.

4. В момент пребывания в родильном доме им оказывается психологическая помощь. В случае отказа от ребенка психологом осуществляется психологическая работа с несовершеннолетними отказницами.

6. Несовершеннолетней матери оказывается помощь со стороны юриста, правоохранительных органов, СМИ.

7. Для профилактики ранней беременности разработана и внедрена в образовательные учреждения города образовательная программа «Формирование ответственного родительства».

Таким образом, высока значимость комплексного подхода к решению проблем охраны репродуктивного здоровья подростков, профилактики ранней беременности и подросткового материнства. Несовершеннолетним беременным нужна профессиональная помощь специально подготовленных психологов, знающих общие приемы и методы психологической работы, особенности состояния психики женщины в период беременности, влияние этого состояния на настоящее и будущее ребенка. Поэтому изучение феномена подросткового материнства является актуальной задачей психологической науки и практики.

БРЕДОВЫЕ ПСИХОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Лейдерман М. В., Сиденкова А. П.

**ГБУЗ СО «Свердловская ОКПБ», Екатеринбург
ГБОУ ВПО «Уральский ГМУ» Минздрава России, Екатеринбург**

Актуальность. Постарение населения, растущая распространенность тяжелых когнитивных расстройств в популяциях, вовлечение значительного числа лиц трудоспособного возраста в медицинские, экономические, психологические и социальные проблемы, ассоциированные с поздними деменциями, недостаточность и противоречивость сведений о механизмах формирования данных расстройств актуализируют комплексное медико-социальное изучение деменций.

Цель настоящего исследования – изучить психосоциальные механизмы становления психопатологических расстройств при деменциях, разработать комплексные медико-психосоциальные программы оказания помощи больным деменциями и лицам, вовлеченным в уход за ними, на основе предложений психосоциальной модели деменции.

Материалы и методы. Проведено выборочное обсервационное сравнительное динамическое исследование 315 лиц с деменциями альцгеймеровского и сосудистого типов и 214 лиц, осуществлявших уход за больными. В проведенном исследовании применялись клинический, клинико-психопатологический, нейропсихологический, психометрический, социометрический, статистический методы исследования.

Результаты. Выявлено, что психопатологические феномены аффективного спектра (тревога, раздражительность/неустойчивое настроение, гипотимия), психотические симптомы (болезненные идеи, нарушения восприятия), поведенческие расстройства (ажитация/агрессия, аберрантная двигательная активность, нарушения ночного поведения) при легких и умеренно-выраженных деменциях (независимо от типа деменции) имеют большую выраженность и встречаются достоверно чаще ($p < 0,05$) в основной группе исследования. Симптом апатии достоверно чаще ($p < 0,05$) встречается у пациентов группы сравнения. При тяжелых деменциях встречается факультативных симптомов в обеих группах сопоставима. Нарушения высших мозговых функций речи, гнозиса, праксиса являются нейропсихологическим базисом психопатологических симптомов деменции. Речевые расстройства, нарушения гнозиса способствуют формированию болезненных идей ($r = 0,891$), нарушений восприятия ($r = 0,798$), нарушений пищевого поведения ($r = 0,688$), аффективных симптомов ($r = 0,566$).

При нарастании тяжести деменции происходит достоверное ($p<0,05$) увеличение интенсивности и встречаемости поведенческих расстройств – аберрантного поведения ($r=0,850$), ажитации/агрессии ($r=0,623$), нарушений ночного поведения и дневной активности ($r=0,723$). Показатели функциональной активности (повседневная (инструментальная) деятельность, коммуникации, способность к ориентации и структурированию времени) пациентов основной группы исследования с легкой и умеренной выраженностью болезни Альцгеймера (с поздним началом) и сосудистой деменции достоверно ниже ($p<0,05$) аналогичных показателей группы сравнения. Вне зависимости от внешнесредовых условий уровень функциональной активности больных снижается при нарастании тяжести деменции ($r=0,835$), тотальной афазии ($r=0,631$), апраксии ($r=0,610$).

Социально-трудовой, семейно-брачный статусы лиц, осуществляющих непрофессиональный уход за больными с умеренной и тяжелой деменциями, достоверно ($p<0,05$) снижаются. Усугубление деменции у больного способствует снижению функциональной активности ($r=0,758$) у лица, осуществляющего уход за ним. У 74,5 % ухаживающих выявлены клинические признаки невротических, аффективных, иных психических расстройств. Нарастание тяжести деменции способствует значимому ($p<0,05$) приросту числа пациентов, занимающих зависимое положение в семье.

Появление психотических (болезненные идеи [$r=0,589$]), поведенческих (ажитация/агрессия [$r=0,654$]), аффективных (тревога [$r=0,536$], неустойчивое настроение/раздражительность [$r=0,581$]) симптомов деменции способствует изменениям семейно-ролевой структуры и увеличению межличностной дистанции в диаде «ухаживающий – пациент». Снижение функциональной активности больного ($r=0,758$), развитие поведенческих расстройств (аберрантное поведение [$r=0,675$], ажитации/агрессия [$r=0,713$], нарушение ночного поведения [$r=0,597$]), аффективных симптомов (тревога [$r=0,685$]) способствуют усугублению дистресса лица, осуществляющего уход за больным. Лицам, осуществляющим непрофессиональный уход за больными деменциями, в статистически значимом ($p<0,05$) большинстве случаев присущ высокий уровень эмоциональной вовлеченности в процесс ухода. Изменение семейно-ролевых, социально-бытовых параметров, высокий уровень «выражаемых» эмоций ухаживающих оказывают неблагоприятное влияние на становление психотических ($r=0,618$), аффективных ($r=0,701$), поведенческих ($r=0,837$) расстройств деменций. Степень приверженности противодементной терапии со стороны ухаживающего лица является одним из важных факторов, определяющих объем

помощи, получаемой пациентом ($r=0,698$). Ажитация/агрессия ($r=0,761$), тревога ($r=0,562$), нарушения сна ($r=0,521$) способствуют повышению комплаенса. Низкая удовлетворенность ухаживающего преморбидными ($r=0,698$) и текущими ($r=0,653$) отношениями с больным ведет к снижению комплаентности ухаживающего лица.

Заключение. Выявлено, что формирование когнитивных нарушений обусловлено биологическими причинами, их выраженность зависит от тяжести деменции. Механизм психопатологических симптомов, расстройств функционирования гетерогенен, зависит от биологических причин и психосоциальных условий функционирования больных.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОРА, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕГО БЛАГОПОЛУЧИЕ РОЖЕНИЦЫ И ЧЛЕНОВ ЕЕ СЕМЬИ

Магденко О. В., Емельянова А. З., Евстифеева А. А.

Новосибирский государственный университет, Новосибирск

Актуальные проблемы в коллективе любой организации, несомненно, оказывают влияние не только на межличностные отношения сотрудников, но и, как следствие, отражаются на рабочем процессе. Особое положение в данном случае занимают коллективы медицинских работников, специфика которых заключается не только в исполнении функциональных обязанностей «на высшем уровне», но и в особенных взаимоотношениях в работе бригадой, способности быть командой. Это утверждение относится к медицинским работникам, от взаимодействия которых зависит здоровье пациентов.

Как отмечалось ранее, профессиональные и личностные особенности медицинских работников во многом определяют эффективность лечения [2]. Умение коллегиального выполнения профессиональных обязанностей в первую очередь востребовано в сфере перинатальной психологии, когда эффективное взаимодействие всех специалистов направлено на поддержание благоприятного климата в родильном доме и сохранение позитивных отношений с беременными женщинами и их родственниками. В настоящее время особенности командного взаимодействия специалистов в сфере родовспоможения изучены еще недостаточно, что способствовало организации и проведению настоящего исследования.

Исследование проводилось на базе акушерско-физиологического отделения ЦКБ СО РАН. Диагностические мероприятия проводились с персоналом с целью исследования психологического климата в коллективе, обнаружения актуальных проблем и предложения способов их решения и рекомендаций, исходя из полученных результатов диагностики. Всего в исследовании приняли участие 8 сотрудников старшего медицинского персонала, среди которых: заведующая отделением, неонатологи, врачи акушеры-гинекологи.

В ходе исследования применялись следующие методики и методы сбора информации: групповая беседа, структурное интервью, социометрическая методика «Мишень», опросник «Оценка актуального состояния команды» [4].

Первый этап исследования представлял собой открытое организованное обсуждение в коллективе, включающее в себя представление о работе психолога в учреждении родильного дома, обсуждение текущих проблем сферы ведения беременности, родовспоможения и перинатальной психологии, а также ожиданий от работы и оказания помощи в данной организации.

С целью создания единой картины сложившейся ситуации и формирования конкретного запроса было проведено интервьюирование с заведующей и врачами отделения. Интервью включало в себя список вопросов касательно структуры, культуры организации, а также актуальных, по мнению респондента, проблем коллектива и больницы.

По итогам интервьюирования были установлены следующие актуальные проблемы: 1) общее ощущение непонимания внутри коллектива, отсутствие единой команды из-за различного уровня квалификации, продолжительности работы в коллективе, личностных особенностей; 2) неэффективность обратной связи «руководитель – подчиненный», неадекватность реакции на критические замечания; 3) нехватка кадров, осложненная низким уровнем профессиональной подготовки и мотивации к труду.

Вопросы относительно структуры продемонстрировали разноплановость представления организации работы отделения, как в структурном, так и в функциональном плане [3]. Что касается вопросов корпоративной культуры, все опрошенные заявили об отсутствии общепринятых традиций в коллективе, ссылаясь на трудности межличностной коммуникации и взаимопонимания ввиду личностных особенностей коллег, общей напряженности, влияющей как на формальное, так и неформальное общение.

В ходе беседы выяснилось, что существующая конкуренция в данной отрасли не только в целом влияет на репутацию роддома, но и усиливает психологическое напряжение в коллективе в связи с широким выбором роддома потенциальными пациентами (беременными и роженицами), разным уровнем предоставления платных услуг, а также не всегда положительными и достоверными отзывами пациентов.

С целью объективной диагностики коллектива проведена методика «Оценки актуального состояния команды» на основе 5-факторной модели 5F, оценивающий внешнюю среду, цели, состав, лидера и взаимодействие команды (М. В. Долгов, TeamLab) [1]. Обработка первичных данных опросника и математико-статистическая обработка результатов проводились при помощи программы «Microsoft Office Excel 2007».

Для демонстрации общего видения проблемы были представлены для сравнения результаты руководителя, подчиненных и коллективные показатели, на основании которых была представлена наглядная модель исследуемой команды. По коллективным результатам опросника наиболее выраженным фактором является «Лидер» ($M=3,44$; $\sigma=0,43$; $\max=4$), наименее выраженными факторами «Взаимодействие» ($M=2,94$; $\sigma=0,67$; $\max=4$), «Состав» ($M=2,88$; $\sigma=0,5$; $\max=4$), «Внешняя среда» ($M=2,86$; $\sigma=0,37$; $\max=4$). В целом все показатели факторов находятся в пределах нормы, что говорит о сформированности команды и её эффективной работе в целом, однако полученные результаты демонстрируют наиболее уязвимые стороны коллектива и работы организации. Необходимо обратить внимание на их усиление для формирования так называемой зоны роста. В связи с вышесказанным были предложены рекомендации по отдельным критериям каждого фактора.

Для исследования особенностей межличностных отношений в коллективе использована социометрическая методика «Мишень». С её помощью выявлены пары, имеющие как позитивный опыт общения, так и негативный. Особое внимание уделялось негативному опыту, здесь имеет место быть поиск возникшей проблемы в межличностных отношениях в коллективе [5]. На основе социометрии и анализа взаимоотношений каждой из пар, полученного по результатам индивидуальной беседы, разработан и предложен новый график дежурств, составлены возможные дежурные бригады, даны рекомендации по конструктивному общению. Таким образом, исходя из запроса руководителя, основу графика дежурных бригад составили связи, полученные по результатам социометрии, выявленные в ходе индивидуальной беседы межличностные особенности. Кроме того, принимался во внимание уровень профессиональной квалификации сотрудников и стаж работы в учреждении.

По итогам работы состояние команды определяется как «в целом эффективное», с указанием возможных слабых мест и потенциальных зон роста, представлен наглядный образ текущего состояния команды-коллектива с дальнейшими предложениями и рекомендациями для его совершенствования. Предложены графики дежурных бригад, вариации составлены с учетом личностных особенностей специалистов, межличностных отношений. Даны рекомендации по улучшению взаимодействия и конструктивных коммуникаций.

Л и т е р а т у р а

1. Долгов М. В. Командообразование. Энергия команды вашего бизнеса // Управление развитием персонала. – 2014. – № 01 (37). – С. 4—13.
2. Магденко О. В. Индивидуальные психологические особенности медперсонала женской консультации и взаимоотношения в коллективе // II международная конференция по перинатальной психологии: Сб. науч. работ. – СПб., 2003. – С. 21—23.
3. Почебут Л. Г., Мейжис И. А. Социальная психология. – СПб.: Питер, 2010.
4. Справочник практического психолога. Психодиагностика / под общ. ред. С. Т. Поხოковой. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2005. – 148 с.
5. Теоретические и прикладные аспекты перинатальной психологии: проблемы и перспективы : сб. материалов Всерос. научно-практ. конф. : в 2-х ч. – Новосибирск : Новосиб. гос. ун-т, 2007. – Ч. 1. – С. 27—29.

МОДЕЛЬ СЕМЬИ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМОГО КАК ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА. СИСТЕМНАЯ КОРРЕКЦИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Мазурова Л. В., Аболонин А. Ф.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

В настоящее время одним из ведущих факторов, приводящих к аддиктивному (зависимому) поведению, признаётся семейное микроокружение и семейное взаимодействие, создающее в совокупности с большим своеобразную систему, провоцирующую, поддерживающую и способствующую возобновлению химической зависимости (Бохан Н. А., Семке В. Я., 2009). Аддиктивное поведение формируется в семейной системе, которая характеризуется дисгармоничным взаимодействием её членов. Дисгармоничные семьи – ригидные семейные системы, пытающиеся охранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий (Кулаков С. А., 1987). В отличие от них гармоничные семьи адекватно реагируют на изменения внешних условий. В них сохраняются границы между супружеской, родительской и детской подсистемами.

Значимость системного изучения защитно-совпадающих проявлений, имеющих различную степень осознаваемости и функциональности, в первую очередь обусловлена поиском способов психологической помощи, направленных на восстановление и сохранение психического здоровья и успешную жизнедеятельность человека. Рассмотрению специфики каждого из уровней адаптивной системы, совокупности ее свойств в качестве личностного образования у здоровых женщин и мужчин, а также при алкогольной зависимости является в данное время важным и актуальным.

Целью нашей работы стало изучение семей химически зависимых с целью выявления патологических взаимоотношений и реакций на внешние воздействия и внутренние перемены, складывающихся в определённую систему (системообразования), и разработка основных методов коррекции для сложившейся патологической системы.

В качестве материала были использованы данные психологического обследования 52 семей, не имеющих аддиктивных проблем, и 56 семей, имеющих больных алкогольной зависимостью.

В качестве методов оценки использовались «Индекс жизненного стиля» (Вассерман Л. И., Клубова Е. Б., 1998), «Копинг-стратегии» (Хайм Е. 1988); тест «Уровень невротизации и психопатизации» (Кабанов М. М., 1983).

В ходе исследования были выделены следующие признаки дисгармоничных (дисфункциональных) семей: игнорирование возникающих семейных проблем; отказ разделять ответственность за симптом; закрытость внешних семейных границ, что не позволяет получить ресурс извне; диффузные границы между семейными подсистемами, стимулирующие процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи; блокирование когнитивных интеракций между членами семьи, что создает ситуацию перенапряжения; носитель симптома произвольно «оттягивает» энергию на себя; нарушения поведения «возмутителя семейного спокойствия» помогают сохранять семейный гомеостаз.

В блоке проводившихся В. Д. Москаленко исследований выделяют другие особенности дисгармоничных и гармоничных семей. К дисгармоничным особенностям относятся следующие: отрицание проблем и поддержание иллюзий; вакуум интимности; замороженность правил и ролей; конфликтность во взаимоотношениях; недифференцированность «Я» каждого члена; границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимой стеной; все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад псевдоблагополучия; склонность к полярности чувств и суждений; закрытость системы; абсолютизирование воли и контроля.

Особенности гармоничных семей: проблемы совместно признаются и решаются; поощряются виды свободы (свобода восприятия, мысли и обсуждения, свобода иметь свои чувства, желания, свобода творчества); каждый член семьи имеет свою уникальную ценность, различия между членами семьи высоко ценятся; члены семьи умеют удовлетворять свои потребности; родители делают то, что говорят; ролевые функции выбираются, а не навязываются; в семье есть место развлечениям; ошибки прощаются, на них учатся; гибкость всех семейных правил, законов, возможность их обсуждения.

Таким образом, проявления нарушений на семейном (социально-психологическом) уровне получили определение «аддиктивная семья», на личностном уровне – «созависимость». Этот феномен впервые стал изучаться в структуре так называемой алкогольной семьи. Психологическое содержание созависимости рассматривается как состояние, возникающее у членов семьи больных алкоголизмом в результате длительной подверженности стрессу и сконцентрированности на проблемах зависимого, вплоть до самоотречения от собственной личности (Максимова Н. Ю., Милютина Е. П., 2005).

Проведённый анализ показал, что у членов семьи больных алкоголизмом с проявлениями созависимости защитный комплекс характеризуется избыточным использованием психологической защиты по типам реактивное образование (68,8), регрессия (63,9), компенсация (57,7); умеренным использованием – по типам замещение (51,3), отрицание (48,4), низким уровнем использования – по типам интеллектуализация (44,7), проекция (44,1) и вытеснение (41,4).

При изучении стратегий совладания выявлено достоверное преобладание стратегий компенсации, конструктивной активности, альтруизма, что свидетельствовало о снижении компенсаторных возможностей. В когнитивной сфере предпочитались проблемный анализ и смирение, в эмоциональной сфере – подавление эмоций. При анализе личностного профиля родственников зависимых выявлено достоверное преобладание по шкалам пессимизма и депрессии, ригидности аффекта и гипомании. У самих зависимых наблюдалось повышение по шкалам депрессии, паранойи, ригидности, аффекта и гипомании.

Дальнейший анализ позволил объединить психологические защиты в 2 блока: первый блок включает следующие виды защит: регрессию, проекцию, замещение и вытеснение (данная защита действует в условиях узкого семейного круга); второй блок включает реактивное образование, отрицание, компенсацию, интеллектуализацию (действие этого блока осуществляется на макросоциальном уровне).

Таким образом, выявлено, что защитный комплекс родственников больных алкоголизмом характеризуется попеременным преобладанием защитных стилей невротического и психопатического типов. Анализ защит и уровня невротизации больных алкоголизмом также позволил выявить систему защитных механизмов, состоящую из двух блоков: в первом блоке ключевой формой защиты является вытеснение. Используемый блок содержит также регрессию, замещение проекцию. К психологическим защитами второго блока относятся реактивное образование и компенсация, напрямую связанные с интеллектуализацией.

На основе полученных результатов нами была предложена методология психотерапевтической коррекции семейной системы, состоящая из трёх блоков: информационного, мотивационного и системно-патогенетического. Комплекс психокоррекционных мероприятий, направленных на узловое критические звенья патологической системы, позволил повысить эффективность психотерапевтической работы, длительность и качество ремиссий у больных алкоголизмом.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С КРИЗИСНЫМИ СЕМЬЯМИ

Макарова Е. Н., Зальмеж Т. Н.

**ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России, Томск
МАУ ЗАТО Северск «РЦО», Северск**

В сферу деятельности по профилактике всё возрастающей проблемы социального сиротства вовлечено большое количество специалистов разных профессий: социальные работники, социальные педагоги, медики, психологи, воспитатели, специалисты отделов опеки и попечительства. Специалистам требуется опыт работы профилактической направленности, новым содержанием которой является фокус раннего выявления семей группы риска, поддержки и реабилитации кризисных семей. Это потребовало разработки и внедрения новых форм работы. В частности объединение разных специалистов в междисциплинарные команды с целью организации плановой работы с социально дезадаптированными семьями.

Специалисты уполномочены исследовать ситуацию в семье, анализировать ее по степени риска угрозы жизни ребенка, строить гипотезы по причинам деструктивного поведения родителей, информировать государственные организации по ситуации, нести ответственность за подбор специалистов для работы с семьей, оформлять материал в суд,

озвучивать свое мнение о лишении или ограничении родителей в правах. Профилактическая направленность работы предполагает, что специалисты сферы социальной работы должны быть готовы предложить клиентам не только набор услуг, который рассматривается как часть социальной работы, но и консультативную помощь. Хотя термин «консультирование» редко используется в обиходе специалистов, среди тех, кто ведет конкретные случаи, его применение определяет содержание социальной работы – снизить остроту переживаний, вызвать доверие к помогающим работникам и сформировать мотивацию на сотрудничество, чтобы найти новые решения проблем.

Одной из практик подготовки психотерапевтов, психологов и других специалистов помогающих профессий является супервизорское наставничество. Оно может иметь формы индивидуального консультирования, групповой работы, коллективного обсуждения трудных профессиональных ситуаций. Как правило, группы формировались по принципу профессиональной однородности, и одной из важных целей супервизий являлось повышение профессиональной компетентности специалистов и анализ трудностей в работе с клиентами.

Нами использована одна из форм супервизорского сопровождения – групповой разбор трудного случая с участниками междисциплинарной команды, работающими с кризисными семьями. Все они были объединены одной целью – работой с «семьями риска по социальному сиротству». Регулярность проведения супервизорских разборов трудных случаев позволила различным специалистам помогающих профессий развить навык рефлексии и самоанализа в работе: способности анализировать эмоциональные, организационные, информационные и иные профессиональные затруднения в своей деятельности. Эмпатичная, ориентированная на поддержку специалистов обстановка в группе позволяла безоценочно сосредотачиваться на поисках причин профессиональных затруднений и спокойно, не затрагивая личности специалиста, это обсуждать.

Таким образом, специалисты помогающих профессий научились конструктивно относиться к трудным случаям в практике, видя в них не только препятствия, но и возможности профессионального роста. Обратная связь при дистанционном обсуждении показала, что качество помощи семьям группы риска улучшается и оптимизируются прогнозы дальнейшей работы с семьей.

СЕМЕЙНЫЙ СТАТУС ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Местечко В. В., Соловьев А. Г., Новикова И. А.

ГБОУ ВПО «Северный ГМУ» Минздрава России, Архангельск

Распространённость психических расстройств среди лиц в возрасте старше 60 лет выше, чем среди общего населения, и составляет от 40 до 74 % (Менделевич В. Д., Соловьева С. Л., 2002; Незнанов Н. Г., Круглов А. С., 2008). Пограничные психические расстройства (ППР) являются наиболее распространенными психическими нарушениями среди данной возрастной группы (Гарганеева Н. П. и др., 2009). Несмотря на имеющиеся в литературе исследования, посвященные различным аспектам распространенности, клинического течения и организации помощи при ППР в пожилом возрасте, до сих пор остаются малоизученными особенности семейного статуса пожилых пациентов с ППР.

Цель исследования: выявление семейного статуса пожилых пациентов с ППР и его влияния на течение заболевания.

Материалы и методы. Было обследовано 122 пациента психотерапевтического отделения ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер» с ППР в возрасте 60 лет и старше (мужского и женского пола). Они были разделены на две группы: I группа – 72 чел., имеющих семью (замужем/женаты) (средний возраст составил $66,6 \pm 5,2$ года), II группа – 50 чел., не имеющих семьи (не замужем/не женаты, вдова/вдовец) (средний возраст составил $66,1 \pm 5,8$ года). Использовались клинический и психодиагностический (методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге; методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона; опросник Мини-мульт) методы исследования.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что по половой принадлежности в I группе чаще встречались женщины (94,4 %), чем во II (80,0 %). Количество работающих в обеих группах было примерно одинаковым; среди них пациенты, трудящиеся на руководящих должностях и специалистами, преобладали в I группе («руководители» – 50 %, «специалисты» – 50 %) в сравнении со II группой («руководители» – 11,1 %, «специалисты» – 22,2 %); во II группу входили лица, работающие на рабочих должностях (66,7 %), чего не отмечалось в I группе.

Исходя из этого, можно сказать, что семейные пациенты чаще имели более высокий профессиональный статус. Высшее образование чаще встречалось у обследованных, имеющих семью (I группа – 34,0 %, II группа – 22,2 %), в то же время не имеющие семьи чаще имели среднее образование (6,0 и 3,9 % соответственно).

Анализ нозологической структуры показал, что органические непсихотические расстройства чаще отмечались у семейных пожилых пациентов (74 %) в сравнении с несемейными (52,8 %). В то же время невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства в 2 раза чаще встречались во II группе (41,7 %) в сравнении с I группой (26,0 %). Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, отмечались одинаково часто в обеих группах (I группа – 4,2 %, II группа – 4,0 %). Наличие психотравмирующей ситуации отмечалось чаще в II группе (50,0 %) в сравнении с I группой (38,0 %). Можно сказать, что психогенная природа возникновения ППР в пожилом возрасте чаще имела у несемейных пациентов, а органическая – у семейных, вероятно, у первых это связано с более низкой их социальной адаптацией и одиночеством.

Анализ длительности течения ППР показал, что пациенты I группы чаще (40,0 %) в сравнении с пациентами II группы (26,4 %) имели длительность заболевания от 1 до 6 месяцев. В то же время в I группе реже встречалась длительность заболевания более 12 месяцев (30,0 %) в сравнении со II группой (41,7 %). Среди обследованных I группы 68,1 % принимали лекарственные препараты в связи с сопутствующей соматической патологией, а во II группе – 84,0 %.

По данным психологической диагностики у большинства представителей обеих групп выявлен умеренный уровень ситуационной тревоги и высокий уровень личностной тревоги. Уровень субъективного ощущения одиночества в I группе был ниже, что указывает на более выраженное состояние одиночества у несемейных. По опроснику «Мини-мульт» у обследованных II группы отмечалось некоторое преобладание шкал «депрессии», «паранойальности», «психастении» и «шизоидности».

Таким образом, пожилые пациенты с ППР, имеющие семью, обладают более высоким профессиональным статусом и уровнем образования. У них чаще наблюдаются органические непсихотические расстройства с преимущественной длительностью заболевания 1-6 месяцев. Пациенты, не имеющие семьи, имеют более низкий профессиональный статус и уровень образования, более выраженное чувство одиночества; у них чаще выявляются невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, более длительное течение

ППР, наличие психотравмирующих ситуаций в дебюте заболевания, сопутствующая соматическая патология и прием лекарств по её поводу. Выявленные особенности семейного статуса пожилых пациентов с ППР необходимо учитывать при организации оказания психотерапевтической помощи и назначении психофармакотерапии.

О НОВОЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ФОРМЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ В НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЬЯХ

Москвитин П. Н.

ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, Новосибирск

Актуальность. В настоящее время проблемы, связанные с созданием благоприятной среды для жизни детей, сохраняют свою актуальность и еще далеки от окончательного решения. По информации прокуратуры Куйбышевского района Новокузнецка, за последние годы не снижается количество выявленных нарушений прав детей. Так, в 2011 г. 11 детей стали жертвами преступлений, а в 2012 г. их стало уже 17 человек. Низкими темпами в районе сокращается число детей-инвалидов, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Остро стоят проблемы подросткового алкоголизма, наркомании, токсикомании: почти четверть преступлений совершается несовершеннолетними в состоянии опьянения. Уровень преступности несовершеннолетних, совершивших преступления в состоянии опьянения, по Куйбышевскому району возрос: в 2011 г. такие преступления совершили 6 человек, в 2012 г. — 18 человек. Кроме того, в районе зарегистрирован рост интернет-зависимости детей, что подчеркивалось на заседаниях комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации Куйбышевского района, в 2011 г. выявлено 12 таких случаев, в 2012 г. — 17.

Столь высокие цифры обусловлены особой социальной ситуацией в данном районе Новокузнецка: высокий риск бедности при рождении детей, особенно в многодетных и неполных семьях; распространенность семейного неблагополучия, жестокого обращения с детьми и всех форм насилия в отношении детей; распространенность практики лишения родительских прав и социального сиротства.

Метод и результаты. В 2012 г. в Центре психолого-медико-социального сопровождения «Надежда» создана новая форма работы с неблагополучными семьями и детьми, находящимися в социально опасном положении – клуб «Позитивная семья». Методической основой тренингов в клубе «Позитивная семья» является «метод профилактической психодрамы» (Москвитин П. Н., 2002-2013). Занятия клуба «Позитивная семья» ведут ответственный секретарь комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации Куйбышевского района О. А. Бобкова и О. Е. Райская, педагог-психолог ЦПМСС «Надежда». Клубная форма работы позволяет создать стройную систему практического взаимодействия в работе клуба «Позитивная семья» на основе межведомственного взаимодействия Центра психолого-медико-социального сопровождения «Надежда» с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации Куйбышевского района, а также с Отделом образования Куйбышевского района, управлением социальной защиты населения, отделом опеки, здравоохранением и отделом по делам несовершеннолетних УВД.

Представленная программа соответствует п. 3 Комплексной муниципальной программы «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних граждан на 2013-2014 гг.» на территории г. Новокузнецка, на основании которой в администрации Куйбышевского района г. Новокузнецка разработан Комплексный план «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на 2014 г. на территории Куйбышевского района». Разработанная программа включает конкретные профилактические мероприятия, направленные на профилактику неблагополучия в семье, в основе которых находится стройная система тренингов по методу «профилактической психодрамы», которая не только устраняет симптомы и «поврежденные» модели поведения, но и ускоряет личностный рост и развитие позитивных ценностей человека.

На тренинговые занятия приглашаются родители с детьми, дела которых были рассмотрены на заседаниях комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации Куйбышевского района, в отношении к которым была применена мера общественного воздействия либо административное наказание, а также учащиеся школ района совместно с родителями, которые испытывают проблемы в воспитании и обучении своих детей.

Темы занятий составлены согласно заявленным просьбам родителей, а также ситуациям, которые наиболее часто рассматриваются на заседаниях комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации Куйбышевского района.

Вначале занятий родители и дети тестируются, а затем с ними проводятся занятия: предлагается не только обсудить увиденную ситуацию, но и разыграть сценарий, а также позитивно завершить его. В тематический план могут вноситься изменения по просьбам родителей: часто поступает заказ на определенную ситуацию, с которой родители не могут справиться сами, после чего пишется сценарий и на последующем занятии отыгрывается именно эта ситуация.

По окончании занятий с родителями и детьми проводится тестирование, а на координационном совещании ставится вопрос о снятии с учета не только несовершеннолетних, состоящих на профилактическом учете, но и их родителей. Таким образом, проводимая на протяжении ряда лет профилактическая работа на базе Центра ПМСС «Надежда» с неблагополучными семьями побудила авторов разработать межведомственную профилактическую программу «Развитие социальной и личностной компетентности современной семьи», которая рассчитана на 34 часа учебного времени и включает в себя 17 занятий.

Цель работы клуба состоит в восстановлении социального статуса несовершеннолетних и родителей, состоящих на профилактическом учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации Куйбышевского района. Тренинговая форма работы Клуба «Позитивная семья» развивает копинг-стратегии поведения и направлена на сохранение и развитие психического здоровья, формирование духовных ценностей и развитие морально зрелой личности.

Отмечая результативность работы клуба «Позитивная семья», можно статистически достоверно отметить повышение уровня сотрудничества во взаимодействии между родителями и их детьми (от 15,3 до 52,3 %, $p < 0,001$ после тренингов), повышение уровня эмоциональной устойчивости (от 19,4 до 69,4 %, $p < 0,001$ после тренингов), а значит, снижение уровня конфликтности, развитие взаимопонимания, внутрисемейной поддержки. Результативность достигается также тем, что темы занятий конкретны, адресны и составлены согласно заявленным просьбам родителей, а также ситуациям, рассматриваемым на заседании комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации Куйбышевского района. Занятия проводятся один раз в неделю в течение учебного года.

Выводы. Психопрофилактические тренинги на основе метода «профилактической психодрамы», проводимые в форме занятия клуба «Позитивная семья», формируют духовные ценности семьи, развивают коммуникативные способности в общении между детьми и их родителями, а также прививают социально-ориентированные навыки, что способствует восстановлению социального статуса несовершеннолет-

них и родителей, состоящих на профилактическом учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации Куйбышевского района г. Новокузнецка.

Новая форма профилактической работы эффективно дополняет сложившуюся в Центре психолого-медико-социального сопровождения «Надежда» Куйбышевского района Новокузнецка систему психопрофилактических мер, направленных на профилактику девиантного и аддиктивного поведения детей и подростков. Новое межведомственное звено в системе профилактических мер позволяет эффективно сочетать элементы правового принуждения и позитивную когнитивно-эмоциональную атмосферу психопрофилактических тренингов экзистенциально-гуманистической модальности, что создает новый интересный научно-практический опыт, который может быть рекомендован к внедрению в межведомственной практике взаимодействия комиссий по делам несовершеннолетних и образовательных учреждений в заинтересованных регионах СФО.

МИКРООКРУЖЕНИЕ И СТРУКТУРА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У КРИМИНАЛЬНЫХ АДДИКТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА

Назарова И. А., Аболонин А. Ф.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Согласно данным официальной статистики МВД РФ, основное количество преступлений против жизни и здоровья совершают подростки. Но в последние годы наблюдается всплеск преступлений, совершаемых девушками-подростками, которые все чаще становятся инициаторами и организаторами противоправных действий. Причем по сравнению с подростками мужского пола у девушек отмечается более выраженное огрубление личности (Артамонова А. А., 2009).

Учитывая, что внутренние условия личности формируются лишь опосредованно под воздействием ряда внешних причин, а также мнение о влиянии психических состояний на формирование новых черт характера, мы полагаем, что возникает необходимость изучения социальных предпосылок, клинических и психологических особенностей, а также форм аддиктивного поведения как «слабого звена» в структуре личности девиантных подростков, обуславливающих их криминализацию.

Наиболее выраженную форму эти процессы приобретают именно при рассмотрении женской популяции подростков, как наиболее уязвимой категории населения в современных условиях социальной нивелировки, потери статуса девичьей «особенности» и при этом подвижной, ранимой, незащищенной. Всё это вызывает ответную трансформацию как доминирующей личностной девичьей психологии, так и групповых форм поведения, адаптированных к новым жёстким реалиям.

Исходя из этого, **целью** настоящего исследования стало изучение социальных характеристик девушек, страдающих зависимостью от психоактивных веществ, находящихся в воспитательных колониях для несовершеннолетних преступников.

Обследованию было подвергнуто 110 воспитанниц женской воспитательной колонии (средний возраст $17 \pm 0,73$ года). Выборка проводилась на основании наличия у девушек зависимости или указания на злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе (код диагноза по МКБ-10: F10.1; F10.2; F11.1; F11.2; F12.1; F12.2; F13.1; F13.2; F16.1; F16.2; F18.1; F18.2; F19). Систематизация данных проводилась при помощи карты стандартизированного описания больного (Семке В. Я., Мандель А. И., Бохан Н. А., Жукова И. А., Гусев С. И., Аболонин А. Ф., Снигирева Г. Я., Трифонов О. И., 2004). Совершенные подростками-девушками преступления распределились следующим образом: преступления против жизни и здоровья – 25,45 %; преступления против собственности – 58,18 %; связанные с ПАВ преступления – 14,55 %.

При анализе анамнестических данных семей девушек, находящихся в воспитательной колонии, было выявлено, что подростки воспитывались в следующих условиях: в полной семье – 23,64 %; одним из родителей – 23,64 %; отчимом или мачехой – 16,36 %; в семье родственников или в приемной семье – 16,36 %; 20,0 % – в детском доме. Девушки воспитывались в условиях жестокого, бессистемного воспитания в 45,5 % случаев, в условиях гипоопеки – в 32,7 %.

При анализе образовательного статуса родителей девушек-правонарушительниц было выявлено, что в 53,37 % случаев отец имел среднеспециальное образование, в 15,56 % – начальное, в 15,56 % – неполное среднее. Образование матерей девушек, отбывающих тюремное наказание, в 51 % случаев было среднеспециальное, в 22,4 % – неполное среднее, в 6,1 % случаев – высшее. Образование самих девушек на момент обследования имело следующий характер: 63 % имели неполное среднее образование, 27,8 % – начальное образование, 7,4 % закончили 11 классов, 1,8 % получали среднеспециальное образование. Материальный уровень семьи девушки оценивали как средний.

Учитывая данные литературы о том (Москаленко В. Д., 2006; Woodside M., 1983), что значительное влияние на формирование девиантного и аддиктивного поведения оказывает зависимое употребление алкоголя родителями, на следующем этапе нами была дана оценка уровню употребления алкоголя в семьях подростков. У девушек-правонарушителей отец злоупотреблял алкоголем в 41,86 % случаев, у 16,28 % отцов алкоголизация носила ритуальный характер, 41,86 % отцов девушек алкоголь не употребляли. У матерей девушек в 29,63 % случаев выявляется зависимость от алкоголя; у 37 % девушек употребление алкоголя матерями носило ритуальный характер, в 31,48 % случаев мать не употребляла алкоголь.

Клиническое обследование девушек позволило выявить следующую структуру употребления ПАВ: наибольшее число обследованных (50,91 %) имели зависимость от алкоголя и каннабиноидов; 23,64 % употребляли совместно алкоголь с каннабиноидами и опиатами; 9,09 % – алкоголь и опиаты; 5,45 % – алкоголь, каннабиноиды и психостимуляторы; 3,64 % – алкоголь и ингалянты; 1,82 % – опиаты; 1,82 % – алкоголь, каннабиноиды, опиаты, психостимуляторы, 1,82 % – алкоголь, ингалянты и каннабиноиды; 1,82 % – алкоголь, ингалянты, каннабиноиды, опиаты. Таким образом, при клиническом обследовании подростков была диагностирована та или иная форма зависимости от ПАВ, изолированное употребление одного ПАВ наблюдалось у 1,8 % девушек, во всех остальных случаях отмечалось комбинированное употребление нескольких ПАВ. Первые пробы ПАВ в основном начинались в 11 лет. Так, в этом возрасте впервые употребили ПАВ 12,6 % обследованных девушек. В 12 лет попробовали ПАВ 19,3 % девушек; в 13 лет – 30,5 %; в 14 лет – 21,3 %, в 15 лет – 9,1 %, в 16 лет – 3,3 %. При исследовании причин первого потребления ПАВ выяснили, что 63,64 % девушек основным мотивом потребления считают потребность испытать новые ощущения (так называемый мотив экспериментирования). При дальнейшем потреблении ПАВ основным мотивом становится гедонистический (стремление получить удовольствие), выявленный у 63,64 % девушек. Сдерживающие факторы перед первым употреблением отсутствовали у 76,36 % девушек, лишь 18,18 % девушек испытывали опасения перед первым потреблением за свое здоровье.

Анализ клинико-социальных характеристик несовершеннолетних правонарушительниц, потребителей психоактивных веществ, отбывающих наказание в воспитательных колониях, показал, что девушки в основном отбывают наказания за преступления, связанные с кражами, все они подвергались насилию в семье или воспитывались в условиях детского дома, нуждались в систематизированных требованиях,

имели низкий социально-экономический, образовательный статус. Девушки активно вовлекались в наркотизацию, при этом основным мотивом при первом употреблении стало желание испытать новые ощущения, что в дальнейшем трансформировалось в потребность постоянно испытывать удовольствие, для чего использовалось комбинированное употребление нескольких ПАВ.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ИНТЕНСИВНОСТИ ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ

Новикова Г. А., Новикова И. А.

ФГАОУ ВПО «Северный (Арктический) ФУ им. М. В. Ломоносова», Архангельск

Аддиктивное поведение может сформироваться в любом возрасте. Особенно быстро формируется оно у подростков, что в дальнейшем приводит к патологическому развитию личности. Основной причиной является систематическое потребление психоактивного субстрата или поведенческий паттерн. Быстрота формирования патологического влечения и абстинентного синдрома определяется структурой конкретного аддиктивного агента и индивидуальными особенностями потребителя. Сегодня наиболее распространенным аддиктивным агентом среди подростков является пиво. Исследования последних лет показывают, что потребление пива снижает интеллектуальные способности молодых людей, ухудшает работу головного мозга, негативно влияет на успеваемость [1-3].

Т а б л и ц а 1

Критерии оценки уровня интенсивности пивной алкоголизации подростков, баллы

Методика	Уровни интенсивности пивной алкоголизации		
	Высокий	Средний	Низкий
«Оценка степени риска развития пивной зависимости у подростков»	43 и более баллов (высокая степень риска развития пивной алкоголизации)	от 29 до 42 баллов (средняя степень риска развития пивной алкоголизации)	от 4 до 28 баллов (низкая степень риска развития пивной алкоголизации)
«Прогнозирование риска развития зависимости у подростков»	0,998—1,471 усл. ед. (высокий риск возникновения пивной зависимости)	0,524—0,997 усл. ед. (средний риск возникновения пивной зависимости)	0,049—0,523 усл. ед. (низкий риск возникновения пивной зависимости)
«Оценка степени нарушений социально-психологической адаптации вследствие пивной алкоголизации»	25,7 и более баллов (значительные нарушения социально-психологической адаптации)	от 14,3 до 25,6 балла (удовлетворительная адаптация)	от 0 до 14,2 балла (отсутствие нарушений в адаптации)

На основании собственных исследований, проведенных в 2007-2012 гг., нами определены критерии оценки уровня интенсивности пивной алкоголизации подростков (табл. 1). В качестве базиса использованы авторские методики: «Оценка степени риска развития пивной зависимости у подростков» (уд. рационализаторское предложение № 13/07 от 15.06.2007); «Прогнозирование риска развития зависимости у подростков» (Патент РФ на изобретение № 2339314 от 27.11.2008); «Оценка степени нарушений социально-психологической адаптации вследствие пивной алкоголизации» (Патент РФ на изобретение № 2346651 от 20.02.2009).

В зависимости от того, какой уровень интенсивности пивной алкоголизации выявлен у подростков, будет зависеть вид профилактических мероприятий в условиях учебного заведения. При низком уровне интенсивности пивной алкоголизации рекомендуется комплекс социально-педагогических мероприятий в рамках первичной профилактики, направленных на пропаганду здорового образа жизни и вовлечение подростков в общественно полезную и творческую деятельность. При среднем уровне интенсивности пивной алкоголизации необходимо осуществление социально-психологических мероприятий в рамках вторичной профилактики, включающих лекции, беседы, дискуссии, работу с непосредственным окружением и семьей употребляющего пиво подростка, обеспечение оказания квалифицированной психологической, педагогической и социальной помощи. При высоком уровне интенсивности пивной алкоголизации наряду с реализацией комплекса мероприятий в рамках вторичной профилактики необходимо направление на индивидуальную клинико-психологическую консультацию к детскому наркологу.

Таким образом, предлагаемые критерии являются эргономичными по своим характеристикам, позволяют качественно и быстро оценить уровень интенсивности пивной алкоголизации подростков; могут быть использованы для прогнозирования и оценки риска развития пивной зависимости, степени нарушений социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации, что является необходимым для разработки соответствующих профилактических программ в условиях учебного заведения.

Л и т е р а т у р а

1. Новикова Г. А., Новикова Л. А. Особенности мозговой гемодинамики и функциональной асимметрии полушарий головного мозга подростков, употребляющих пиво // Акт. проблемы возрастной наркологии : материалы Региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск, 16—17 ноября 2010 г.) / под ред. Е. Н. Кривулина, Н. Е. Буториной, Н. А. Бохана. — Челябинск : Изд-во «ПИРС», 2010. — С. 123—124.

2. Новикова Г. А., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Оценка нарушений социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации // Наркология. – 2012. – № 7 (127). – С. 40—44.
3. Новикова Г. А., Новикова Л. А. Пивная алкоголизация подростков: социально-психологические и психофизиологические аспекты. – Германия : LAP Lambert Academic Publishing, 2013. – 152 с.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТРАВМ

Приленская А. В., Приленский Б. Ю.

ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА» Минздрава России, Тюмень

Современное состояние психического здоровья справедливо вызывает озабоченность специалистов, равнодушных к возможности поступательного развития общества. Неслучаен и неослабевающий интерес к проблемам семьи – именно она является той колыбелью, в которой закладываются базовые структуры и противоречия личности. Семейный опыт, полный самых различных переживаний – от безграничного счастья, принятия, покоя и до трагических переживаний, боли утрат и щемящего чувства одиночества – оставляет неизгладимые следы в душе человека. Семейные травмы, тщательно скрываемые под социальной маской, могут в корне менять поведение и мировосприятие человека. Атмосфера семьи – это своеобразная проекция внутреннего мира её участников, театр, в котором невольно разыгрываются наполненные накалом страстей когда-то непрожитые драмы.

Для понимания семейной проблематики недостаточно гениальных открытий З. Фрейда и его последователей, основной упор делавших на тщательном изучении психических травм в процессе развития. Отто Ранк высказал блестящую гипотезу о значении травмы рождения в формировании проблематики личности. Станислав Гроф (1993, 1994) в ходе исследования психоделических препаратов обнаруживал переживания, связанные не только с биографическим (фрейдовским) уровнем бессознательного, но и с перинатальным периодом, что явилось подтверждением идей Ранка.

В связи с этим проблема профилактики перинатальных (Гроф С., 1993, 1994) травм важна для обеспечения здоровья будущего человека. Беременность и роды могут рассматриваться как естественный процесс, свободный от страхов, тревог и различных осложнений родовой деятельности. Для большинства семейных пар нужна серьезная подготовка к родам, которая, к сожалению, довольно часто проводится поверхностно и формально, в виде чтения скучных лекций, во время которых беременные находятся в неудобных позах.

Наша программа ставит целью научить супругов спокойно воспринимать беременность и предстоящие роды и принимать в них активное участие. На первом этапе мы ставили задачу формирования атмосферы сотрудничества с акушерами и гинекологами, для чего нами проводились тренинги, семинары, конференции и беседы с врачами роддомов и консультаций. Давалась информация о результатах наших исследований в области трансперсональной психотерапии, о роли перинатальных травм в формировании личности человека. Большое значение играл собственный опыт участия в трансперсональной группе акушеров и врачей. Это позволяло снять напряжение, тревожность и раздражение, нередко мешающие при ведении родов в роддомах.

Подготовку к естественным родам за 2 года прошло 25 пар. Тренинги проводились в небольших (до 4 пар) группах, при обязательном участии мужа, хотя не всегда удавалось убедить мужчину в необходимости его участия. Поэтому занятия посещали и «одинокие» матери. Совместная работа супругов сближала, они учились познавать не только себя, но и друг друга. Участие только одного из будущих родителей давало возможность увидеть гармоничные отношения между другими супругами и пересмотреть свое отношение к партнеру.

Мы использовали интегративный подход в работе – элементы телесно-ориентированной психотерапии, танцевальной психотерапии, арттерапии, йоги, голосовые упражнения, восточные медитативные техники, помогающие лучше познать свое тело, научиться ощущать, снимать напряжение в различных участках тела. Необходимо отметить, что, работая со своим телом, зажатými эмоциями и мышечными блоками, супруги замечали, как менялись не только их отношения, но и взаимоотношения с будущими бабушками и дедушками, со старшими детьми.

Посещали наши занятия и женщины, которым рекомендовалось находиться в стационаре на сохранении беременности в связи с повышенным тонусом матки. Обычно через 20-40 минут занятий женщины отмечали, что напряжение уходило, исчезала тревога, матка приходила в свое естественное состояние. В дальнейшем роды в стационаре проходили более успешно.

Полученными знаниями и собственными открытиями супруги делились со своими родителями. Нередко спорные вопросы некоторым парам предлагалось решать с помощью телесных упражнений. Например, при решении очень важного и болезненного вопроса пеленания в некоторых случаях предлагалось запеленать спорившую бабушку в две простыни плотно, как пеленают младенца, и дать ей возможность в течение всего лишь получаса прислушаться к своим телесным ощущениям и чувствам. Обычно вопросов больше не возникало.

На проводимых нами тренингах актуальными были темы не только беременности, родового процесса, но и затрагивались вопросы питания беременной, значимости для ребенка грудного вскармливания. Объяснялась важность телесного контакта с младенцем, давались техники массажа младенца, гимнастики, раннего плавания. Необходимым мы считали сделать акцент на профилактике психологических проблем, показывали важную роль отца ребенка в создании психологического климата в семье.

Из прошедших тренинг 6 супружеских пар решили родить детей в воду. Роды прошли без осложнений, в спокойной мягкой домашней обстановке. Звучала нежная тихая музыка, окружал полумрак. Женщины первую часть родов вели обычный образ жизни. С усилением схваток у большинства женщин появлялось желание двигаться, танцевать между схватками, во время схватки висеть на муже, расслабляя при этом тазовые мышцы. Помогала вокализация чувств – женщины распевали мантры или просто издавали протяжные звуки низким голосом. Они отмечали, что протяжное громкое распевание гласных помогало раскрыться всей нижней частью туловища. По смене позы рожаящей женщины облегчалось продвижение ребенка. Более чувствительные женщины ощущали это продвижение и мягкими покачиваниями бедер помогали малышу. Болезненные ощущения во время схваток хорошо снимались с помощью душа или простого поливания из ковшика вдоль спины роженицы. Женщины отмечали, что вода, с одной стороны, расслабляла, а с другой – роды становились легче.

Все водные роды протекали без осложнений. Разрывов промежности не было ни у одной из женщин. Малыш мягко выныривал в воду и смотрел на окружающих из воды удивленными глазами. Все детишки рождались розовыми, сильными. С удовольствием приносили к материнской груди. Следует отметить, что ни у кого из ребятишек не было послеродовой желтухи. Кроме того, не было проблем со сном. Тот режим, к которому привыкли дисциплинированные родители до родов, малыши с удовольствием соблюдали.

После родов с большинством пар отношения не прерывались, т. е. была возможность проследить взаимоотношения супругов, наблюдать развитие малышей в группе встреч. Все ребятишки росли жизнерадостными, спокойными, добрыми.

Таким образом, представляется целесообразным вносить изменения в систему подготовки к родам с акцентом на работу с телом беременной. Важна специальная психологическая подготовка персонала роддомов и женских консультаций с обязательной проработкой собственных психологических проблем в процессе тренинговой работы.

ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЕЙНЫХ ТРАВМ

Приленский Б. Ю., Приленская А. В.

ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА» Минздрава России, Тюмень

Проблема сохранения семейных отношений актуальна, как никогда ранее. Размывание понятий, утрата семейных ценностей, воспитание детей в неполных и дисфункциональных семьях воспроизводят неблагоприятный семейный сценарий в последующих поколениях. Психотерапевтическая работа с семьями очень сложна. Семью можно сравнить с государством, с нарушенными структурами, границами и неутраченной гражданской войной или попыткой внешней агрессии. К сожалению, посещение психотерапевта – это по-прежнему удел отчаявшихся или просвещённых в психологических вопросах людей. Редко когда бывает согласие среди всех членов семьи на посещение сеансов психотерапии, неторопливо проводимых семейным психотерапевтом. Необходимы ресурсы не только психологические, но и временные, и материальные на проведение такой академичной психотерапевтической работы. Неслучайно в настоящее время во всём мире всё больше востребованы методики, сочетающие глубину проработки травм с краткосрочностью. Нередко работа с семейными проблемами начиналась с того члена семьи, у которого имелась готовность к такой работе. По мере накопления позитивных изменений появлялась возможность включить в психотерапевтический процесс и остальных членов семьи.

Более чем за 20-летний период нами накоплен большой опыт клинического применения методов телесно-ориентированной и холотропной терапии при работе с семейными психотравмирующими ситуациями. Привлекательным в этих направлениях является возможность глубокой проработки имеющейся невротической и психосоматической проблематики. В отличие от разговорной психотерапии, трансперсональный подход позволяет прорабатывать психическую травму на разных уровнях психологического конфликта, затрагивая не только её рациональное содержание, но эмоциональный и соматический компоненты. За этот период терапия проведена у 3 712 человек в возрасте от 7 до 74 лет. При отборе учитывались возможные противопоказания к данным видам лечения. Большую часть составляли пациенты с разными формами неврозов (38 %), психосоматическими расстройствами (38 %). Следующая группа – пациенты с зависимым поведением (7 %). Лица, желающие полнее реализовать свои творческие способности, улучшить взаимоотношения, осознающие имеющиеся проблемы личностного роста и духовного развития, составили 17 %.

Занятия с пациентами, как правило, проводились в группах от 8 до 25 человек. Терапевтический курс состоял из 6 ежедневных занятий длительностью 6 часов в амбулаторных условиях.

Все чаще специалист, работающий с семейными проблемами, встречается с невротическими состояниями, в клинических проявлениях которых одновременно присутствуют симптомы разных форм неврозов (так называемая недифференцированная форма невроза). Возможно, это объясняется тенденцией к многомерности личностных конфликтов, которую отмечают в настоящее время социальные психологи (Карвасарский Б. Д., 1990).

В трансперсональной психотерапии личность перестает быть двухмерным образованием. Крупный американский специалист в области трансперсональной психотерапии К. Уилбер (1998) выделяет несколько базовых уровней человеческого сознания: 1) уровень маски (персоны). Индивид отождествляет себя лишь с некоторыми сторонами своей психики (маской), остальная ее часть воспринимается как «Не-Я» («тень»), чуждая и пугающая; 2) уровень «Эго». Человек чувствует тождественным себе, включает не весь организм, но лишь одну из его сторон «Эго». Граница проводится внутри целостного организма; 3) уровень организма в целом. Пограничной линией является граница кожи, одна из наиболее фундаментально принятых границ между «Я» и «Не-Я»; 4) надличностные (трансперсональные) диапазоны.

Трансперсональная психотерапия позволяет работать с так называемой системой конденсированного опыта. Психические травмы, схожие по эмоциональному содержанию, образуют своеобразный конгломерат, который чаще начинает прорабатываться с глубинной ситуации, а не только с актуальных переживаний. Это давало возможность изменить патологические формы реагирования на схожие с первичной травмой ситуации.

Для оценки эффективности лечения проводилось динамическое (до начала лечения, непосредственно после окончания группы, а также через месяц после завершения лечения) психологическое исследование с помощью цветового теста Люшера, методики рисования несуществующего животного, определения уровня личностной тревожности по данным теста Тейлора, методики определения самооценки Спилберга-Ханина. После проведенной терапии тревога устранялась в 30 % случаев, снижалась – в 60 %, в 10 % – качественно менялась, при этом неудовлетворенные потребности заменялись потребностью в самореализации. Практически у всех преобладали оптимизм, стремление к контактам и расширение сферы деятельности. Самооценка в 90 % наблюдений становилась адекватной, возрастала уверенность в себе. Уровень

личностной тревожности в 20 % случаев снижался до среднего, в 10 % – до низкого, у остальных оставался неизменным в связи с общей стабильностью данного показателя. Стойкость возникающих изменений подтверждалась исследованиями, проведенными через месяц.

Следующий этап работы – это открытая постоянно действующая психотерапевтическая группа Клуб Решивших Овладеть Кризисными Ситуациями. Участники имеют возможность в непринужденной обстановке, за чашкой чая, в спокойной, доброжелательной обстановке продолжить обсуждение с профессионалом имеющих жизненных сложностей. Атмосфера доверия способствует самораскрытию. Уменьшение эмоционального напряжения позволяет активизировать когнитивные ресурсы клиента. Круг обсуждаемых вопросов различен – от кризисов в личной, семейной жизни (развод, измены, ревность) до коммуникативных и управленческих сложностей на работе.

Таким образом, накопленный опыт позволяет с уверенностью говорить о перспективности использования в семейной психотерапии новых психотерапевтических подходов.

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ НА ПРОЦЕСС РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Пронин С. В.

АНО НБ «Витар», Новосибирск

Оценка роли семьи в реабилитационных программах приобретает большое значение в связи с низкой эффективностью собственно лечебных мероприятий при наркологической патологии. При этом социальный статус наркологического больного, его семейное положение находятся под пристальным вниманием реабилитологов. Контекстные, или ситуационные факторы, связанные с окружающей пациента средой, являются наиважнейшими факторами риска, определяющими стойкость и качество ремиссии. Определение роли семьи в системе реабилитационных мероприятий и разработка критериев оценки качества реабилитации явились **целью** настоящего исследования.

В процессе работы изучено 145 больных (104 мужчины и 40 женщин) с различными формами наркоманий: героиновой, опийной (использование приготовленных кустарным способом наркотических растворов из опия-сырца и маковой соломки), гашишной и полинаркомании (сочетанное злоупотребление героином или опиумом с кокаином,

первитин-эфедрином, гашишем). Большинство составляли больные полинаркоманией (героин в сочетании с гашишем) – 58,4 % и героиновой наркоманией – 31,6 %. Наибольшее число больных находилось в возрасте от 16 до 24 лет (69 %). В исследуемый контингент не были включены лица с сопутствующими психическими заболеваниями.

С целью оценки уровней реабилитационного потенциала больных использовалась специально разработанная карта обследования, составленная в соответствии с задачами настоящего исследования.

Под реабилитационным потенциалом понималась прогностическая оценка потенциальных возможностей пациента в отношении преодоления болезни, возвращения его в семью и к общественно полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, преморбиде, анамнезе. Большое внимание уделялось мотивационной сфере больного, его перспективным намерениям (желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать общественные морально-этические принципы и т. д.), наличию/отсутствию социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), наличию/отсутствию судимости или вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры. Семейные отношения, их прочность, наличие родственников, способных активно противодействовать употреблению ПАВ, контакты на уровне семьи с врачами и психологами по вопросам реабилитации имели существенное значение. Анализировалась возможность наследственной отягощенности по прямой или восходящей линии родителей. Воспитание в полной или неполной семье, материальное положение семьи также имели значение. Перечисленные факторы позволили дифференцированно и оптимально использовать потенциальные возможности больного и реабилитационной среды, лечебно-реабилитационных программ и технологий. Социофобия, характерная для больных наркоманией, которая касается исключительно той среды, в которой не употребляют наркотики и осуждают их употребление, существенно затрудняющая их общение, также являлась диагностическим признаком.

Зачастую у больных отмечались постоянные, а порой и неразрешимые конфликтные отношения с родителями или с женами. Больные отличались трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой с замкнутостью, мотивационной неустойчивостью и прочее. У 63 % больных выявляется отягощенная наследственность наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей или ближайших родственников. Нередко (42 %) они воспитывались в неполных семьях, со средним или низким материальным положением. Отношения в се-

мье чаще были неровными или конфликтными, злоупотребление алкоголем (пьянство) одного или обоих родителей считалось чуть ли не естественным явлением. Даже в тех случаях, когда семья была полной, родители мало уделяли внимания своим детям. Нередко воспитание проходило в условиях гиперопеки со стороны родителей или разведенной матери. Естественно, что в такой среде не только физическое, но особенно психическое развитие осуществлялось с задержкой, а порой и с выраженной патологией. В анамнезе у таких больных часто (78 %) отмечаются инфантилизм, невротическое развитие личности, психопатии, девиантное, а порой и делинквентное поведение. Успеваемость в школе (особенно средние и старшие классы) обычно посредственная (68 %); образование до начала употребления наркотиков незаконченное среднее (83 %). Круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый. Употребление алкоголя начиналось с 11–12 лет.

Существенные нарушения обнаружены и в эмоциональной сфере; они с особой яркостью проявляются в нестандартных ситуациях, влияющих на обострение влечения к наркотикам, – контакты с наркоманической средой, конфликты в семье, по месту учебы, ссоры с друзьями, экзаменационная сессия и пр. Прежде всего это проявляется аффективной лабильностью, депрессивно-тревожными реакциями, фиксированными страхами, суицидальными мыслями и пр. Продолжительное время сохранялись ипохондричность, сниженное настроение, астения, склонность к избыточной драматизации ситуации, пессимистическое отношение к лечению и возможному избавлению от наркотической зависимости.

У большинства больных формируется социофобический синдром, включающий: а) страх подвергнуться критике, осуждению, наблюдению, контролю; б) психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда могут вскрыться сам факт употребления ими наркотиков или негативные стороны наркотизации; в) тревогу, чувство краха и бессилия перед развивающейся реальностью, в которой он (она) чувствует себя как бы застывшим в развитии, уже не способным хорошо учиться, заниматься спортом, добиться признания и уважения в нормативных (т. е. ненаркотических) микросредах – в школе, в семье, среди друзей. Попытки самому изменить себя («налесть» на учебу, быть дисциплинированным, «воспитанным» и пр.) не реализуются. Мощное влечение к наркотикам и ощущение комфорта в наркотической среде разрушают все благие намерения. Больной убежден в том (и испытывает от этого позитивные эмоции), что наркотическая среда примет его таким, каков он есть, не потребует от него особого поведения, проявит солидарность.

К ситуациям, наиболее часто провоцирующим социофобию, относят прекращение каких-либо отношений если не с двумя родителями, то с одним из них (обычно с отцом). Образование чаще среднее (65 %), редко – незаконченное среднетехническое или высшее. Как правило, больные не работают и не учатся. Отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, хотя чисто формально они склонны заявлять, что «скоро начнут работать», «ищут работу» и пр. Но если им и удастся устроиться на работу, то они её вскоре бросают или их увольняют за прогулы, мелкое воровство, безответственность и пр. Круг социальных интересов в основном узкий (88 %). Нередки судимости, обычно связанные с употреблением наркотиков (45 %). Профессиональные навыки и умение учиться частично или полностью утрачены (87 %). Родители таких больных зачастую становятся индифферентными по отношению к своим детям и не скрывают своего желания избавиться от них. Поэтому обеспечить контроль за такими больными со стороны семьи весьма сложно и проблематично.

Дифференциация больных наркоманией по уровням реабилитационного потенциала – высокий, средний, низкий – позволяет разделить потоки наркологических больных с учетом тяжести заболевания и медико-социальных последствий наркотизации, обосновать их направление в то или иное реабилитационное учреждение, а также определить продолжительность и объем лечебно-реабилитационных мероприятий.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СЕМЕЙНОГО ФАКТОРА НА УРОВЕНЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ РА- БОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Пронин С. В., Пронин В. С., Чухрова М. Г.

**АНО НБ «Витар», Новосибирск
ФГБОУ ВПО НГПУ, Новосибирск**

Остается малоизученным аспект влияния семьи на уровень потребления алкоголя, никотина среди различных профессиональных групп, в частности среди работников локомотивных бригад железнодорожного транспорта.

Целью исследования было выявление взаимосвязи между семейным положением и уровнем потреблением алкоголя среди работников подвижного состава железнодорожного транспорта.

Дизайн исследования – сплошное, открытое, проспективное, нерандомизированное. Исследование проведено в рамках диспансерного наблюдения. Было проанкетировано и опрошено 469 мужчин, где 120

средний возраст ($M \pm SD$) составил $31,5 \pm 7,6$ года. Среди них 45,8 % машинистов (возраст $34,0 \pm 7,0$ года; стаж работы 11,5 года) и 54,5 % помощников машинистов ($29,18 \pm 7,5$ года; стаж работы 5,5 года). Число холостых среди машинистов составило 9,3 % ($27,9 \pm 6,5$ года), среди помощников – 37,4 % ($24,73 \pm 3,3$ года); в разводе соответственно состояло 5,1 % ($32,2 \pm 4,5$ года) и 5,1 % ($34,05 \pm 7,8$ года); женатых 80 % ($34,9 \pm 6,8$ года) и 48 % ($32,39 \pm 8,1$ года), состоящих в гражданском браке выявлено 5,6 % ($34,1 \pm 8,0$ года) и 9,4 % ($27,97 \pm 6,5$ года).

Для оценки степени зависимости от алкоголя наряду с критериями DSM-IV и ICD-X применялся тест CAGE (Ewing, 1984). Одна условная доза алкоголя (Drink) равна 50 мл 40 %-го алкоголя, или 200 мл вина, или 500 мл пива, и считается относительно безопасной с частотой приема 2–3 раза в месяц, за основу взяты критерии USDA/HHS Dietary Guidelines (2005). В обследованной выборке доза алкоголя в условных единицах (динках) в случае его приема составляет в среднем 3,7 у. е./сутки, ($10,3$ сигарет/сутки) у машинистов и 3,3 у. е./сутки ($12,7$ сигарет/сутки) у помощников машинистов. При этом полностью исключался прием алкоголя за прошедший месяц 23,7 % машинистами и 36,4 % помощников машинистов. Применялись следующие градации для формирования групп сравнения в зависимости от частоты и количества употребляемого алкоголя: «умеренные» 1–2 динка/сутки с частотой 1–3 раза/месяц – 52,9 %. Контролирующие – 14,8 %, где частота приема 1–3 раза/месяц и 3–4 динка/сутки. Относительного риска – 2,8 % с частотой приема 1 раз в неделю и 3–4 динка за 1 прием. Высокорисковые – 0,2 % с частотой приема 2–3 раза в неделю и более 5 дринок за 1 раз. В 2 % случаев не было данных в анкетах на вопрос о количественном аспекте потребления алкоголя.

Также с помощью электронного тонометра измерялось артериальное давление в покое.

Статистическая обработка данных. Использован информационный критерий, который предложен Хиротугу Акаике в 1971 г. (AIC – Akaike information criterion). Обработка данных проведена с помощью автоматической системы линейного моделирования (SPSS 22).

Обсуждение результатов. По данным диспансерного тестирования работников железнодорожного транспорта обнаружено, что частота потребления и количество принятого алкоголя за прошедший месяц в среднем превышает безопасный диапазон нормы ВОЗ. Выделены лица, которые уже имеют определенные клинические проявления алкогольной зависимости (тест CAGE), и их общее количество может достигать 17,6 %.

Семейное положение и его влияние на потребление алкоголя. Так, среди категории лиц, отнесенных к группе «холостых» и отметивших, что они в течение прошедшего месяца потребляли алкоголь, где доза последнего составила 2,8 усл. ед./за сутки, число выкуренных сигарет было $10,1 \pm 9,8$ штук/сутки. Среди разведенных лиц среднесуточное потребление алкоголя составило 4,6 усл. ед. и 14,4 сигарет/сутки. У женатых – 3,3 усл. ед. алкоголя и 11,3 сигарет/сутки. Среди отметивших мужчин, что они состоят в гражданском браке, уровень потребления алкоголя мог составить 3,1 усл. ед./сутки и 7,8 сигарет/сутки. При этом в целом среди машинистов у тех, кто отмечал эпизодический прием алкоголя, его количество составило 3,9 усл. ед./сутки и выкуривали они 10,6 сигарет/сутки. У помощников машинистов – 2,7 усл. ед./сутки и 10,9 сигарет/сутки.

Для оценки влияния факторов на уровень потребления алкоголя в зависимости от семейного положения обследованных далее использована система автоматизированного линейного моделирования. Для группы «холостые» на количественную оценку суточного уровня потребления алкоголя, где точность модели составила 29,6 %, учитывалось влияние следующих значимых факторов: 1) эмоциональное состояние (значимость предиктора 0,32); 2) стаж работы на ЖД (0,21); 3) оценка работоспособности в течение дня (0,18); 4) уровень артериального давления диастолического (0,15); 5) индекс Кетле (0,14).

Формула линейной регрессии выглядела следующим образом:
число усл. ед./сутки = $15,4 - 11,5$ (для эмоционального состояния «обычное») + стаж работы * $0,46 - 2,78$ (если оценка работоспособности «апатия») + АДД * $0,112 -$ индекс Кетле * $0,277$; где АДД – артериальное давление диастолическое.

Необходимо отметить, что влечение к алкоголю в группе «холостых» мужчин в количественном аспекте суточного потребления связано с нарастающим эмоциональным раздражением, также это было характерно и для лиц с завышенными самооценками по работоспособности и с высокими показателями диастолического артериального давления, все это в совокупности приводило к возрастанию уровня потребления алкоголя.

В группе «разведенных» (AIC=109, точность 14,6 %) надо отметить, что модели с наименьшим показателем AIC имеют наилучшую подгонку. Здесь имел значение один предиктор – уровень диастолического артериального давления (1,0). Уравнение имело следующий вид:
усл. ед. алкоголя/сутки = $33,1 - 0,346 * \text{АДД}$.

В группе «женатых» (AIC=991; точность 29 %) для уравнения линейной регрессии имели значение следующие предикторы: специальность (0,23); отнесение к группе по среднему АД (0,23); число выпитых

чашек кофе за сутки (0,23); оценка работоспособности (0,14); качество сна перед обследованием (0,11); оценка физической активности (0,06). Исходя из вышеперечисленных предикторов, формула имела следующий вид:

усл. ед. алк./сутки=6,7+специальность (машинист)*2,62–2,92 (для оптимального СРАД)–1,47 (кофе нет/1 чашка/сутки)+ 4,4 (работоспособность «апатия») – 2,4 (сон «хороший»)+1,3 (физическая активность «низкая»)

Здесь у лиц с оптимальным средним артериальным давлением, отсутствием потребления кофе или 1 чашка в сутки связан более низкий уровень потребления алкоголя. Низкие самооценки своей работоспособности (апатия и т. п.), грубые нарушения сна, низкая физическая активность приводили к повышению количества суточного приема алкоголя.

В группе состоявших в гражданском браке лиц (AIC=991; точность 85 %) доза алкоголя в усл. ед./сутки равна 7,13+8,5 (озноб в течение дня=«редко или постоянно») – 0,247*индекс Кетле.

В заключении необходимо подчеркнуть, что предлагаемый подход в оценке роли семьи и ее взаимосвязи с другими предикторами (АДД, индекс Кетле, уровень физической активности, степень нарушений сна, наличие мышечного дискомфорта) может влиять на количественный аспект суточного потребления алкоголя. Все это диктует необходимость выработки новых стратегий, направленных на совершенствование системы диспансерного контроля, с постановкой цели отказа от приема алкоголя и повышением роли семьи в достижении полной трезвости и здорового образа жизни.

СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ (ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

Рахмазова Л. Д.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Нарушение психического здоровья населения России приводит к росту преступности, распространению алкоголизма, наркоманий, суицидов. Население сибирских регионов в силу природных, техногенных и социально-демографических характеристик находится в худших условиях по сравнению с другими территориями России. Большую лепту в этот сложный комплекс вносит полиэтничность населения (только коренные жители Сибири представлены 34 народностями).

Различная эволюция, уникальные история и самобытная культура отражаются на мировоззрении этих народов, их стереотипах поведения, представлениях о норме и патологии, отношении к проявлениям психических заболеваний, которое может колебаться от перmissive до выражено ограничительного. Совместное проживание на одной территории представителей разных национальностей, когда в силу вступают законы метизации, аккультурации, изменяющие этническую идентификацию, также может являться почвой для нарушения психологического и психического функционирования. Более того, под техногенным давлением у коренных народов происходит ломка жизненных, нутрификационных стереотипов, религиозных и морально-этических представлений. Одним из показателей аккультурации является изменение семейных взаимоотношений в архаических культурах. Это проявляется в сокращении состава семьи за счет снижения рождаемости и раздельного проживания собственных и прародительских семей; в появлении одиноких лиц, детских домов и домов престарелых и инвалидов; увеличении смешанных браков. В данном контексте актуальным становится психическое здоровье детей.

Для решения данной задачи обследованы телеуты – представители этнической группы, проживающей компактно в Беловском районе Кемеровской области. Бачатские телеуты представляют собой тюркоязычную группу центральных монголоидов, сохранивших своё самоназвание, язык и ряд этноспецифических элементов традиционно-бытовой культуры. Обследовано 97 детей и подростков с разными уровнями нарушения психического функционирования. Оценка семейного статуса может служить одним из показателей социальной адаптации индивида. В этом случае высокая частота разводов, большой процент холостых лиц могут являться одновременно причиной и следствием психической патологии. Данные по семейному статусу телеутов с невротическими расстройствами демонстрируют глубину проблемы. Лишь 51,5 % телеутов данной группы состоят в браке, больший процент по данному показателю отмечается у женщин. Другой особенностью является высокое число (18,9 %) разведенных лиц, особенно в группе мужчин по сравнению с женщинами (24,3 и 15,0 % соответственно).

Изучение психического состояния детско-подростковой популяции бачатских телеутов по данным самоопроса и клинического обследования показало, что уровень частоты астенических жалоб у девочек-телеуток выше, чем у мальчиков-телеутов. Так, по данным нашего обследования у мальчиков астенические жалобы выявлены у 12,9 % от всех обследованных детей-телеутов, у девочек – 15,3 %, при этом девочки чаще предъявляли жалобы активно, мальчики в подавляющем

большинстве – лишь при активном опросе. Существенных различий по возрастным группам не установлено.

Другим распространенным нарушением среди детского населения телеутов было нарушение сна. Среди обследованных детей-телеутов расстройства сна отмечаются у 9,8 %. В младшей возрастной группе детей девочки жаловались на расстройства сна несколько чаще, чем мальчики, что соответственно составило 4,7 и 5,0 %. В старшей возрастной группе детей-телеутов расстройства сна у мальчиков и девочек одинаковы по частоте и составляют 0,7 %.

Уровень распространения тревожных расстройств среди обследованных детей-телеутов представлен неодинаково. У мальчиков-телеутов от 7 до 14 лет число тревожных расстройств по возрастным группам составляет 7,8 %, в старшей возрастной группе – 7,05 %. У девочек уровень тревожных расстройств в младшей группе меньше, чем у мальчиков этого же возраста в 1,3 раза – 5,9 %. По старшей возрастной группе детей-телеутов соотношение выглядит несколько иначе: уровень распространённости тревожных расстройств у мальчиков 15-18 лет составляет 7,05 %, у девочек этот показатель вдвое больше (14,1 %). Группа обследованных девочек-телеуток старшей возрастной группы 15-18 лет оказалась наиболее уязвимой группой, где распространённость тревожных расстройств достигла уровня 14,1 %. Это наиболее высокая цифра среди возрастных групп телеутов, которая говорит о переживании девочками кризиса своего возраста и является фактором риска возникновения психосоциальной дезадаптации. Уровень распространения депрессивных расстройств у детей-телеутов представлен: среди мальчиков – 5,09 %, среди девочек – 8,6 %. Частота невротических расстройств среди детей-телеутов у мальчиков составляет 10,2 %, у девочек – 8,2 % от общего числа обследованных детей.

Анализ причин возникновения непсихотических расстройств пограничного уровня в детско-подростковой популяции бачатских телеутов показал следующее: неблагоприятная обстановка в семье (разводы, алкоголизм родителей) имели место в 46 %; дефекты воспитания (безнадзорность, жестокое обращение, эмоциональное отвержение) – в 13,8 %; конфликты со сверстниками – в 21,7 %, другие причины, в том числе материальные трудности семьи – в 18,5 %. Таким образом, непсихотические психические расстройства у детей и подростков часто встречаются в популяции бачатских телеутов. Эти дети нуждаются в профилактически-оздоровительных мероприятиях. Ситуация сегодняшнего дня свидетельствует о неблагополучии здоровья детско-подростковой популяции телеутов (алкоголизация, отказы от учёбы, криминальное поведение), как результат тех невротических состояний, на которых мы остановились выше.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ СЕМЬИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНОГО ЗДОРОВЬЯ

Ревякина Е. Г.

ИПО ИПР УМО НАПНУ, Донецк, Украина

Проблема личностного здоровья все чаще становится предметом внимания психологов и педагогов. Важность этой проблемы во многом обусловлена изменениями, которые происходят в жизни общества. Современный этап развития общества характеризуется сложной, неоднозначной ситуацией во всех сферах жизни – от экономической до политической, что не может не отразиться на личностном развитии молодых людей. Личностно здоровый человек активен в обществе, способен адекватно ориентироваться, принципиально отстаивать свои жизненные позиции, адаптироваться к жизненным обстоятельствам, находить конструктивное решение в проблемных ситуациях [2, 5].

На развитие и формирование здоровой личности влияет множество факторов, одним из которых является психологический климат семьи. Стремительный ритм жизни, стрессовые ситуации, неиссякаемый поток информации требуют от современного человека полной мобилизации физического и психического потенциала. Чрезмерные и длительные нагрузки могут привести к адапционному срыву компенсаторных возможностей организма и развитию патологии. Именно поэтому большое значение для жизни каждого человека имеет рекреационная (восстановительная) функция семьи. В «Домострое», энциклопедии русской жизни XVI века, наряду с частными советами – к примеру, как солить рыжики или содержать посуду в чистоте – даны и более серьезные рекомендации: как устроить свой дом так, чтобы в него было, «как в рай войти»; как обустроить свои взаимоотношения со всеми членами семьи и многое другое. Для своего времени «Домострой» был важным, регламентирующим жизнь текстом, своеобразным кодексом социально-экономических норм. Три его основные части излагают правила общежития в отношении: «духовного строения» (религиозные наставления); «мирского строения» (о семейных отношениях); «домовного строения» (хозяйственные рекомендации).

Благоприятный психологический климат семьи возможен только при соблюдении следующих условий [1, 3, 4]: 1) организованный досуг и полноценный ночной отдых, который очень важен для восстановления физических и психических сил, растроченных в течение дня; 2) чувство комфорта и безопасности (мой дом – моя крепость); 3) чув-

ство общности, принадлежности к семье, чувство любви; 4) взаимопонимание, взаимоуважение и взаимоподдержка каждого из членов семьи; 5) возможность познавать себя и окружающий мир, заниматься творчеством, самореализоваться.

Рекреационная функция семьи проявляется тем эффективнее, чем выше культура семейно-брачных отношений. Здесь мы выходим еще на один аспект проблемы – культуры семейной жизни как части культуры (духовной, нравственной и т. д.) общества. В этой сфере общества, как и во многих других, мы видим если не регресс, то застой. Общая «варваризация» нравов очень болезненно сказалась на семье. Усилились негативные тенденции в ее функционировании. Растет число разводов, обездоленных детей. Моногамная семья уже утрачивает значимость в ряду других ценностей человека. Тысячи детей воспитываются в семьях с одним из родителей, что не может благоприятно повлиять на формирование здоровой личности ребенка. Причин здесь чрезвычайно много: экономическая самостоятельность женщин и влияние урбанизации, научно-техническая революция и ее влияние на интенсификацию труда, особенно связанного с конвейерным или глубоким технологичным производством.

Потребность в самосовершенствовании, способность к саморазвитию наиболее актуальны в юношеском возрасте, ведь именно на это время приходится личностное и профессиональное самоопределение личности, формируются ее ценностные ориентации и личностные смыслы, происходит осознание молодым человеком себя как субъекта в разных плоскостях собственного становления: социального, психологического, духовного (В. Татенко, С. Максименко, Л. Куликова).

Выводы. Таким образом, психологический климат семьи является одним из факторов, влияющих на формирование и развитие здоровой личности. Благоприятный климат способствует психическому, физическому и интеллектуальному развитию членов семьи, что необходимо для формирования здоровой личности. Неблагоприятный психологический климат приводит к многочисленным личностным сдвигам, что может развиваться в психическую и соматическую патологию.

Мы можем с уверенностью сказать, что проблема факторов, которые влияют на формирование и развитие здоровой личности в семье, не может считаться полностью исследованной адекватно существующему положению дел в психологической и педагогической практике. Проблема требует дальнейшего изучения с учетом сложности и комплексности воздействия психологического климата как фактора, влияющего на формирование и развитие личности в семье. Условия психологической среды семьи должны способствовать формированию

разносторонней, социально-активной, самостоятельной, творческой, компетентной, зрелой и здоровой личности.

Л и т е р а т у р а

1. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки : учеб. пособие для высших учебных заведений. – М. : Изд. центр «Академия», 2001. – С. 58—64.
2. Деркач А. А., Казаков Ю. Н. Медико-акмеологические основания повышения стрессоустойчивости психического здоровья управленцев в экстремальных ситуациях // Мир психологии. – 2008. – № 3. – С. 177—186.
3. Журавлева И. В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия – трансформирующееся общество / под ред. В. А. Ядова. – М. : Изд-во «КАНОН-пресс-Ц», 2001. – С. 506—519.
4. Маслоу А. Г. Мотивация и личность. – СПб. : Евразия, 1999. – С. 228—301.
5. Юдин Б. Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. – М. : ИФ РАН, 2001. – С. 62—78.

ОСОБЕННОСТИ РАСПОЗНАВАНИЯ И ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Розин А. И.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Современная тенденция развития психиатрии – это ее выход за рамки своей специальности. Психиатрическое консультирование рассматривается как область психиатрии, связанная с диагностикой и лечением пограничных психических расстройств в общесоматической сети.

Объектом исследования являлись 109 пациентов с верифицированным диагнозом ИБС, с выявленными у них депрессивными расстройствами, прошедшие комплексное обследование в отделении реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии СО РАМН. В качестве определяющих особенности диагностики и терапии расстройств настроения у пациентов с ИБС следует выделить: страх социальной стигматизации пациентов, алекситимические особенности личности больных, сложности междисциплинарного подхода к ведению пациентов.

Уровень социальной стигматизации психиатрии в обществе и в медицине сохраняется до настоящего времени очень высоким. Пациенты испытывали удивление, задавали вопросы о целесообразности заполнения ими скрининговых опросников, что требовало выделения времени со стороны лечащих врачей-кардиологов и среднего медицинского персонала на доходчивое разъяснение полезности заполнения шкал для оценки аффективного статуса. В ходе беседы с больными подчеркивалось, что эмоции могут играть важную роль в возникновении и даль-

нейшем течении сердечно-сосудистых заболеваний. Пояснялось, что, заполнив скрининговые опросники, пациенты могли скорее обратиться к врачу на то, как они себя чувствуют, скорее получить при необходимости специализированную помощь.

Во время диагностического клинического интервью психиатра с пациентом приходилось уделять достаточно значимое внимание предварительному вводному пояснению обоснованности изучения эмоционального состояния больных ИБС. Пациенты испытывали страх социальной стигматизации, не сразу вступали в беседу, порой заявляли, что они «не буйные» и «не психи», а «психически уравновешенные». Страх социальной стигмы отмечался у 30,3 % пациентов (у 33 из 109 больных). Лишь после краткого объяснения взаимосвязей депрессии, тревоги и сердечно-сосудистых заболеваний, указаний на направленность выявления в большей степени пограничной нервно-психической патологии позволяло начать продуктивную работу. Раскрывая свои эмоциональные переживания, в начале беседы пациенты бывали настороженными в отношении того, какое заключение даст психиатр. В случае рекомендации лечения антидепрессантами ряд больных отрицали необходимость лекарственной помощи, отказывались принимать наличие психопатологических расстройств настроения либо связывали их исключительно с тяжестью коронарной болезни сердца или относили их на счет других причин (экология, социальные факторы, питание, образ жизни, семейные или производственные неудачи и т. д.), указывая, что «просто надо взять себя в руки».

Страх социальной стигматизации в основном выявлялся у пациентов со средним и неполным средним образованием, а также у пациентов, проживающих в отдаленной от города сельской местности. Отмечался низкий уровень знаний о специфике работы психиатра, психотерапевта, психолога у данной категории пациентов. В ходе психотерапевтической работы, приема пациентами антидепрессантов постепенно наступало снижение напряжения и недоумения, пациенты охотнее вступали в беседу с врачом, отмечали улучшение самочувствия, как общего, так и эмоционального, достигалось появление более спокойного состояния, снижение тревожности, волнения, нервозности, улучшение качества ночного сна.

Среди пациентов с высшим и среднеспециальным образованием значительно реже встречался страх социальной стигматизации. Более образованные лица быстрее и свободнее входили в психотерапевтическую работу, признавали необходимость помощи при эмоциональных нарушениях, признавали отчетливую связь аффективных нарушений и состояния сердечно-сосудистой патологии.

Феномен алекситимии как фактор личностной характеристики пациента во многом определяет специфику психологических проблем и взаимоотношений пациента с алекситимией и врача, оказывающего ему помощь. Высокий уровень алекситимии затрудняет проведение эффективных мер лечебно-диагностического процесса и реабилитации больных ИБС.

В группе исследованных пациентов ($n=109$) алекситимные личности встречались в 32,1 % случаев ($n=35$). Они были немногословны, затруднялись в подборе слов для описания своих чувств и телесных ощущений. Иногда предъявляли жалобы на напряженность, скуку, боль и пустоту. Вопросы о настроении, об их эмоциональном состоянии приводили таких больных в некоторое замешательство, в ответ они начинали рассказывать о физическом дискомфорте, телесном неблагополучии вследствие ИБС. Они не могли символически описать боли в грудной клетке, затруднялись идентифицировать испытываемые чувства или вообще не могли сформулировать, что их беспокоит: физическое ощущение или эмоциональное состояние. В беседе выявлялось выраженное отсутствие фантазий. Пациенты были склонны описывать события дня с перечислением каких-либо действий без упоминания о переживаемых по этому поводу чувствах или ощущениях. Алекситимия представляла собой серьезную проблему в психотерапевтической работе и являлась объектом психотерапевтической коррекции.

Проблема выявления и распознавания депрессии врачами-интернистами представляет собой актуальную задачу в общемедицинской практике. В связи с этим одним из факторов, усложняющих диагностику и лечение расстройств настроения у пациентов с ИБС, является степень подготовленности врача-терапевта (кардиолога) в распознавании депрессии. Имеющиеся затруднения могут быть объяснены недостатком психиатрической подготовки, низким уровнем знаний о распространенности, критериях диагностики депрессии, отсутствием времени в связи с большим потоком больных, маскированным характером депрессии. Актуальность и важность решения этих вопросов обусловлены тем, что большинство пациентов с психическими расстройствами первоначально обращаются за помощью скорее к терапевту, чем в службы психиатрической помощи.

Негативную роль в отношении выявления депрессивных расстройств играет психологическая понятность возникающих у пациентов переживаний в связи с ухудшением здоровья, снижением трудоспособности и инвалидизацией вследствие финансовых проблем или других ограничений. Это дает основание некоторым интернистам рассматривать проявления депрессии как естественные реакции на существующие события или заболевания.

В ходе нашего исследования реализовано комбинирование подходов к ведению пациента, осуществлен междисциплинарный комплексный подход с участием кардиолога и психиатра. В результате тесного профессионального сотрудничества происходит ежедневное повышение уровня знаний в смежных областях специалистов обоих профилей, что позволяет оказывать больным более качественную помощь. Разработана модель мультидисциплинарного взаимодействия, на основе которой предложена программа психиатрической диагностики и выявления депрессивных расстройств в специализированном кардиологическом стационаре.

СОЦИАЛЬНЫЕ РОЛИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Рудницкий В. А.

**ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск
ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России, Томск**

Психические расстройства, меняя многие стороны жизни пациента, затрагивая эмоциональную сферу, поведение, мышление, не могут не отражаться на его микроокружении, и прежде всего на семье.

Болезнь, особенно психическое заболевание, меняя привычную поведенческую, волевою либо эмоциональную сферу человека, приводит к изменению его социальных ролей, напряжению, разрыву или искажению социальных связей. Микросоциум, в свою очередь, также влияет на больного человека, способствуя восстановлению его нарушенных социальных и биологических позиций либо, напротив, создавая новые проблемы и усугубляя существующие.

Существует достаточно много факторов, определяющих в разной степени поведение больного человека и влияющих на его микросоциальные контакты и в целом на социальную активность.

На наш взгляд, наиболее важную и противоречивую роль играют рентные установки, формирующиеся параллельно протекающему патологическому процессу (процессу болезни). В основе рентных установок лежит вполне естественное стремление больного привлечь к себе внимание, получить заботу, помощь и поддержку от окружающих, среди которых наиболее ценными чаще всего оказываются родственники (т. е. наиболее близкие члены семьи) и медицинские работники. Вероятно, при «абсолютном» отсутствии рентных тенденций больной, не стремящийся к вышеперечисленному, скорее всего, не обратится за медицинской помощью и будет диссимилировать.

В данном случае, говоря о рентных установках, мы имеем ввиду не их фактическое наличие и демонстрацию окружающим соответствующего поведения, а ситуации, когда индивидуум престаает их контролировать, тогда они приобретают патологический характер, способствуя социальной и психической дезадаптации, фактически напоминая психопатическое поведение. Реакции окружающих на подобного пациента также напоминают реакции на пациентов с расстройствами личности.

Утрата локуса контроля за рентными тенденциями приводит к устойчивой демонстрации соответствующего (рентного) поведения, сопровождается внутренним принятием социальной роли больного и постепенным уменьшением проявления либо утратой других социальных ролевых функций. Постепенно происходит сужение диапазона социальных ролей и дальнейшее ухудшение социальных показателей (нарастает дезадаптация). Особенно заметно данное обстоятельство на примере мужчин (к примеру, ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС). Пациент-мужчина, регрессируя, начинает выполнять в семье детские функции, отказываясь от социальной роли главы семьи (мужа, отца, защитника, хозяина и т. д.), что способствует более глубокому регрессу. Сопровождается ли это принятием данной ситуации членами семьи, или они вступают в конфронтацию с пациентом, отказываясь выполнять его требования, в любом случае социально-психологическая атмосфера в семье ухудшается. Дети начинают стыдиться постоянно демонстрирующей беспомощность, незрелость и некомпетентность отца. У жены возникает необходимость как-то замещать утраченные им социальные функции (в основном беря их на себя либо перенося на третий объект). Это формирует у членов семьи внутренний конфликт, в том числе и у пациента (он одновременно пытается претендовать на функции и главы семьи, распоряжающегося ее ресурсами, и, глубоко регрессируя в данном принятии роли больного, претендует на роль ребенка).

Бессознательный характер социальных ролей приводит к тому, что подобный процесс остается незамеченным и не контролируется никем из членов семьи, что способствует быстрой деформации социальной структуры семьи, социальных ролей ее членов и негативно отражается на их психическом здоровье.

Для помощи пациентам и членам их семей наиболее перспективны, согласно нашим наблюдениям, сочетание индивидуальной и групповой психотерапии и использование специальных образовательных программ, носящих дифференцированный характер, в зависимости от социальной и возрастной направленности.

Образовательные программы, индивидуальная психотерапия и психокоррекция создают условия для осознания происходящих социально-психологических негативных сдвигов в социальном пространстве и для начальных этапов их преодоления. Групповая психотерапия способствует более быстрой и безопасной наработке позитивного эмоционального и когнитивно-поведенческого опыта и создает условия для расширения диапазона приемлемых социальных ролей и социализации больного человека.

СЕМЕЙНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И СТРАХ ОЦЕНИВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ АНТИВИТАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Сагалакова О. А., Трубецв Д. В., Сагалаков А. М.

ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет», Барнаул

Ключевым в антивитальной настроенности подростка выступают случаи отвержения, осмеяния, неприятия сверстниками на фоне отсутствия возможностей компенсации неприятных переживаний в ближайшем окружении, дисфункциональных отношений в микросоциальном окружении. Имеет место «взаимодействие» факторов «неблагоприятная ситуация в семье» и «ситуация осмеяния, отвержения значимыми другими». Неблагоприятная ситуация в семье блокирует естественную для ребенка возможность психологической разгрузки, а несформированность собственных систем саморегуляции и опосредствования переживаний, совладания с трудными жизненными ситуациями способствует декомпенсации в таких субъективно болезненных обстоятельствах.

В исследовании социальной тревоги в контексте психологии жизнестойкости в юношеском возрасте приняли участие 408 испытуемых 16, 17, 18 и 19 лет, учащиеся разных образовательных учреждений разных регионов Алтайского края (училища разного профиля).

Исследование проводилось с целью анализа психологических параметров, определяющих выраженность страха оценивания, психологического благополучия и психологической жизнестойкости личности в юношеском возрасте, а также предполагалось исследовать возрастную динамику данных параметров с целью определения наиболее «уязвимого» в плане психологической безопасности личности возрастного периода в контексте психологической беспомощности, тревожно-депрессивных состояний и антивитальной настроенности.

Социальная тревога, страх оценивания – обратная сторона сформированных социальных потребностей в принятии, достижении, признании и одобрении другими, позитивном оценивании.

Для решения диагностической задачи были использованы следующие методики: 1) анкета «Психологическая безопасность и возможность самореализации»; 2) пункты Интегративного теста тревожности Л. И. Вассермана, А. П. Бизюка, Б. В. Иовлева; 3) опросник социальной тревоги и социофобии О. А. Сагалаковой, Д. В. Труевцева; 4) опросник гелотофобии Р. Т. Пройера, В. Руха в адаптации Е. А. Стефаненко, Е. М. Ивановой, С. Н. Ениколопова; 5) «Многофакторный опросник когнитивно-поведенческих и метакогнитивных паттернов реагирования при социальной тревоге» О. А. Сагалаковой, Д. В. Труевцева (шкалы психологической беспомощности в отношении неудач и успехов); 6) опросник COPE («совладание», «копинг-стратегии») (К. Карвер, М. Шейер и Дж. Вейнтрауб в адаптации Е. И. Рассказовой, Т. О. Гордеевой, Е. Н. Осина); 7) опросник суицидального риска Шмелева А. Г. (модификация Т. Н. Разуваевой).

Обработка данных осуществлена в программах SPSS 22.0, STATISTICA 8.0. Используются следующие методы математико-статистической обработки данных: факторный анализ, параметрический и непараметрический корреляционный анализ, критерий Манна-Уитни, критерий Крускала-Уоллиса, однофакторный дисперсионный анализ.

В результате факторного анализа получены матрицы психологических параметров жизнестойкости, самореализации, тревог и опасений, активной или пассивной стратегии реагирования в трудных жизненных ситуациях (проверка знаний, переживание насмешек, выражение чувств и мнения, преодоление жизненных препятствий). В результате получены комплексные паттерны эмоционально-когнитивного и поведенческого реагирования в трудных жизненных ситуациях.

Смысловое пространство данных паттернов, полученное с помощью факторного анализа, представлено 7 факторами. Наибольшее собственное значение имеет фактор 4 (3,43) «Беспомощность и потеря перспективы», а также фактор 1 (3,31) «Страх осмеяния и общая социальная тревога». Для подростков характерны выраженный страх осмеяния, длительное переживание насмешки, тенденция к избеганию мероприятий, в которых возможна насмешка, психологическая беспомощность в трудных жизненных ситуациях, уклонение от участия в общении с другими из-за страха осмеяния, затруднения в непосредственном общении с людьми, снижение инициативы в общении, предпочтение общения в социальных сетях, сосредоточение на неудачах, общая социальная тревога и неловкость в общении, тенденция к интерпретации любого смеха

в ситуации как относящегося к себе и негативного. Желание общаться блокировано страхом осмеяния. Длительное переживание страха осмеяния может приводить к истощению ресурсов психики и срыву деятельности. «Страх осмеяния» как паттерн эмоционально-когнитивного и поведенческого реагирования противоположен инициативному, смелому общению с другими, терпимому отношению к насмешкам в свой адрес, готовности самостоятельно и уверенно, гибко адаптироваться в трудных жизненных ситуациях, стремлению к общению с другими, возможности опосредствования социальной тревоги и преодоления тенденций к избеганию сложных коммуникативных ситуаций.

Кроме наиболее значимых факторов выявлены следующие паттерны: фактор 2 «Пессимизм, снижение жизнестойкости/Оптимизм», фактор 3 «Экзаменационный страх, поиск эмоциональной поддержки», фактор 5 «Депрессия (апатия и срыв деятельности)», фактор 6 «Социальная тревога в ситуации выражения чувств и мнения». В ситуациях угрозы социальному престижу, критики и осмеяния характерны убеждения о собственной неспособности понравиться другим и избегание таких ситуаций. В ситуации переживания субъективной невовлеченности в события жизни и переживаний, связанных с предполагаемым отсутствием интереса у других к собственной персоне, испытываемый юношеского возраста склонен к интерпретации ситуаций как неизменных и постоянных, которые он не может изменить собственными усилиями и не способен к этому. Это приводит к «потере перспективы», негативному восприятию будущего, оценке себя как «никому ненужного», а своей жизни «как пустой и никчемной»

Результаты статистического анализа данных с помощью критерия Манна-Уитни показали, что для девушек более свойственно опасаться участия в ситуациях проверки знаний и при этом искать эмоциональную поддержку друзей и родных ($p < 0,0001$). Они в большей степени склонны к депрессии в виде апатии и срыва деятельности ($p = 0,017$). Для юношей в большей степени характерны дискомфорт при фрустрации психологической безопасности в ситуации обучения и невозможность самореализации (при $p = 0,04$). Для девушек значимы эмоциональная поддержка, а также высокая вероятность в трудных жизненных ситуациях переживать депрессию. Юношам поиск социальной поддержки свойствен в меньшей степени. Выраженность психологической беспомощности у юношей и девушек имеет одинаково высокий уровень. Для юношей важнее всего оказываются психологическая безопасность и стремление в этих условиях к самореализации, раскрытию своих способностей.

Корреляционный анализ показал, что выраженный страх осмеяния и общий социальный страх взаимосвязаны с состоянием беспомощности в трудных жизненных ситуациях, что способствует пассивному уклонению от участия в ситуациях, потенциально угрожающих собственной самооценке, социальному статусу. Это приводит к возникновению апатии, отказу от самореализации, формированию «патологического круга» страха и тревоги оценивания. Корреляционные связи значимы при $p < 0,001$ и $p < 0,0001$. Обратные значимые взаимосвязи обнаружены с параметрами «общая жизнестойкость», «психологическая безопасность», «возможность самореализации». При выраженных опасениях критики и осмеяния большинство ситуаций воспринимаются как субъективно опасные и угрожающие социальному престижу, могущие приводить к неприемлемым последствиям в будущем (отвержению, критике), в результате чего возникает тенденция к избеганию таких ситуаций, самореализация становится невозможной. Юноша или девушка оказываются в плену «замкнутого круга» – при выраженных социальных потребностях страх публичного осмеяния провоцирует избегание участия в социальных ситуациях, а избегание не позволяет активно преобразовывать реальность, что в свою очередь усиливает реакции тревоги и страха. В результате самореализация оказывается заблокирована. Возникают переживания беспомощности в том, чтобы изменить сложившуюся ситуацию, а с каждым новым «витком» данных переживаний нарастает апатия и другие симптомы депрессивного состояния (эффект «петли обратной связи»).

Работа публикуется при поддержке гранта РНФ (14-18-01174).

РИСУНОК СЕМЬИ – ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА В НЕЙ

Салмина-Хвостова О. И.

ГБОУ «ДПО Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России, Новокузнецк

Роль семьи в формировании личности и развитии психических и поведенческих расстройств не оспаривается ни одной психологической или психиатрической школой.

Критериями психического здоровья являются позитивное самочувствие, позитивный основной фон настроения, позитивное восприятие мира. Другими словами, умения любить себя и другого человека; умения понимать и описывать своё эмоциональное состояние и состояние других людей, возможность открытого проявления чувств без причинения вреда другим, осознание причин и последствий как своего

поведения, так и поведения окружающих; стремление быть успешным; адаптированность к обществу, т. е. умение понимать людей различных культур и взаимодействовать с ними.

Признаки тёплой семейной атмосферы: сходство семейных ценностей, функционально-ролевая согласованность, эмоциональная удовлетворённость от общения членов семьи, адаптивность в семейных отношениях и устремлённость на семейное долголетие.

В современном мире психологическое здоровье представляет собой не только сохранность психических свойств и процессов, но и способность быть личностью – контролировать свое поведение, управлять им, уметь любить, уметь ставить цели и достигать их, стремиться к саморазвитию, самосовершенствованию. Одним из важнейших факторов укрепления физического и психического здоровья школьника является семья.

Межличностные отношения подростка с родителями имеют большое значение для формирования его/её отношений с противоположным полом. Они определяют в дальнейшем характер новых семейных отношений, модель родительской семьи повторяется в следующем поколении, оказываясь своего рода «семейной судьбой» (Короленко Ц. П., 2000).

Эксперты Всемирной организации здравоохранения на основе анализа результатов многочисленных исследований в различных странах убедительно показали, что нарушения психического здоровья гораздо чаще отмечаются у детей, которые страдают от недостаточного общения со взрослыми и их враждебного отношения, а также у детей, которые растут в условиях семейной дисгармонии.

Случай из практики. На приёме девочка-подросток, 15 лет, с матерью. Со слов матери, девочка замкнута, закрывается в комнате, не общается, мать интересуется вопросом – не употребляет ли она психоактивные вещества? По внешнему виду напоминает юношу: широкие брюки, рубашка, короткая стрижка. С психологом разговаривать не желает, не знает, зачем мать привела её к специалисту. Психолог попросила нарисовать рисунок семьи. В центре листа, в рамочке она нарисовала себя за столом с книгой, с одной стороны чёрт (с её слов), с другой – ангел. За рамкой изображена мать, повёрнутая к ней спиной, стоит у раковины на кухне, с другой стороны – отец, с удочкой в руках, в одежде рыбака. Внизу рисунка изображен младший брат, с саблей в руках. В результате беседы оказалось, что с ней не разговаривают родители, которые постоянно заняты своими делами, поэтому она купила книгу по психологии и пытается найти ответы на вопросы: как жить? что делать? почему с другими девочками дружат, а с ней нет? и т. д.

В результате беседы с матерью выяснилось, что по специальности она врач, ей 45 лет, отец шахтёр, ему 50 лет, младшему сыну 6 лет, посещает детский сад. У матери это первая семья. У отца вторая семья, в первой семье растёт дочь, он ждал рождение сына во второй семье, с дочерью не беседует, свободное время проводит на рыбалке, отношения между супругами натянуты. Мать знает, что у мужа есть другая женщина. Девочка посещает спортивный зал, занимается штангой, подруг и друзей нет, предпочитает читать книги по психологии.

Отец на консультацию к психологу не пришёл. Матери показан рисунок семьи и проведена беседа о психологии подростка, о значении родительской любви, о детско-родительских отношениях. Дана информация о психологических позициях с точки зрения транзактного анализа. Первая позиция: «я о'кей – ты о'кей». Это позиция полного довольства и принятия других может быть определена как гармоничная, именно она соответствует положению эмбриона в чреве матери, который находит себя и своё окружение благополучным (о'кей). Вторая позиция: «я не о'кей – ты не о'кей». Такая установка может действовать деструктивно и привести к убеждению: «Жизнь ничего не стоит». Третья позиция: «я не о'кей – ты о'кей». Главную роль в этой установке играет депрессия, чувство неполноценности: «Моя жизнь ничего не стоит». Четвёртая позиция: «я о'кей – ты не о'кей». Эта установка может привести к криминальной ситуации: «Ваша жизнь немного стоит». Пятая позиция: «я о'кей – ты о'кей». К ней человек приходит через жизненный опыт, посредством переоценки ценностей, через мораль и философию. В этой позиции главная установка: «Жизнь стоит того, чтобы жить» (Сыропятов О. Г., 2012).

В данном случае у подростка возможно позиция «я не о'кей – ты о'кей».

Мама с дочерью были приглашены на групповую психотерапию. Группа состояла из 6 человек (3 семьи). Работа проводилась по схеме: 5 дней по 2 часа на протяжении недели. Упражнения для каждой группы подбирались индивидуально.

Примеры упражнений, применяемых в групповой работе: «Снежный ком» – по кругу каждый называет свое имя и добавляет определение, соответствующее его настроению и мироощущению на момент игры. Следующий участник группы повторяет предыдущее имя и говорит свое. Ведущий перечисляет все имена – получается ком. «Видение других» – один садится в центре круга на стул и описывает внешний вид члена группы по просьбе ведущего. В результате вырабатывается более внимательное отношение друг к другу. «Позитивные поглаживания» – работают по парам, один, затем другой, дарят друг дру-

гу комплименты, затем обмен впечатлениями после этого упражнения. *«Брачное объявление»* – написать брачное объявление о себе, психологический автопортрет, которым он мог бы заинтересовать другого человека. Каждый зачитывает, а группа редактирует. *«Кто Я?»* – на 7 карточках ведущий просит написать ответ на вопрос: «Кто Я?», затем посмотреть на каждую по несколько секунд и положить их по мере значимости для каждого. Прочитать. *«Уровень своего «Я»*» – сесть на стул и ребром ладони на уровне своего тела показать уровень своего «Я» (как ты сам себя оцениваешь). *«Девиз»* – все участники по очереди говорят о том, какую футболку и с какой надписью купил бы себе, если была бы такая возможность. Эта надпись должна отражать жизненное кредо человека, его основной жизненный принцип, а цвет должен соответствовать его характеру. *«Какие у меня взаимоотношения с окружающими?»* – ведущий предлагает: 1) составьте список людей, вызывающих у вас чувство симпатии; 2) составьте список людей, с которыми вам неприятно общаться, что именно вызывает у вас это чувство неприязни? 3) подумайте над тем, можно ли улучшить взаимоотношения с теми, кто тебе неприятен, что зависит от вас? 4) проанализируйте причины, которые кроются в тебе и не позволяют быть искренним и успешным с теми, кто тебе неприятен. *«Лучшее качество»* – рассказывают по кругу сидящему справа, то лучшее качество, которое в нем есть, по мнению говорящего. *«Чемодан»* – один выходит за дверь, все остальные начинают собирать его в дальнюю дорогу. В чемодан набивается все, что, по мнению группы, помогает человеку в общении с людьми. Но обязательно указывается и то, что мешает этому человеку в общении. Затем секретарь зачитывает то, что собрали в «чемодан». *«От всей души»* – каждый участник группы по очереди дарит вербально рядом сидящему подарок, исходя из личностных особенностей того человека («Я от всей души хочу тебе подарить ...»).

Завершается работа в группе тем, что ведущий предлагает продолжить предложение (относительно работы в группе): я понял..., меня удивило..., хочу сказать. Актуализация и структурирование социального опыта каждого участника группы происходят в ситуации «здесь и теперь», обеспечивающей максимальный терапевтический эффект обратной связи. Обратная связь была положительная. Девочка стала общительнее, улучшились отношения с мамой.

Психическое здоровье ваших детей в ваших руках. Чаще полагайтесь на свою любовь и интуицию.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ГОРОЖАНАМ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Сиденкова А. П.¹, Мишарин В. Ю.², Багаутдинова Н. А.²

¹ ГБОУ ВПО «Уральский ГМУ» Минздрава РФ», Екатеринбург

² ГБУЗ СО «Свердловская ОПБ № 7», Нижний Тагил

Активная социальная позиция психиатрической службы Министерства здравоохранения Свердловской области, специалистов кафедры психиатрии ФПК и ПП, традиции межотраслевого взаимодействия при решении психосоциальных задач в отношении различных категорий лиц с психическими расстройствами определяет понимание современных социально-демографических процессов, связанных с постарением общества, как требующих проактивного вмешательства.

Растущая распространенность тяжелых когнитивных расстройств в популяциях, вовлечение значительного числа лиц трудоспособного возраста в медицинские, экономические, психологические и социальные проблемы, ассоциированные с поздними деменциями, недостаточность и противоречивость сведений о механизмах формирования данных расстройств, отсутствие разработанных программ комплексной помощи лицам с деменциями и их семьям определяет необходимость разработки и внедрения организационных мер помощи, адекватных по объему и содержанию, гражданам данной категории.

В Нижнем Тагиле Свердловской области постановлением Главы муниципалитета внедрена межведомственная программа оказания помощи горожанам старших возрастных групп, страдающим когнитивными расстройствами.

Программа разработана сотрудниками кафедры психиатрии ФПК и ПП УГМУ в соответствии с принципами компетентного подхода к усвоению информации в популяции, формированию навыков социальной эмпатии по отношению к разрабатываемой проблеме у разных слоев населения крупного промышленного центра Свердловской области.

Целевыми ориентирами программы явилась необходимость налаживания взаимодействия медицинских, экспертных (МСЭ), социальных, общественных учреждений и организаций для обеспечения своевременного выявления когнитивных нарушений и оказания медицинской, социальной, правовой помощи гражданам старших возрастных групп.

Материалы и методы. Материалом настоящего организационно-эпидемиологического проспективного исследования является популяция Нижнего Тагила.

Основные положения программы включают организацию диагностической и лечебной помощи лицам с когнитивными расстройствами в психиатрической службе пилотной территории; повышение выявляемости когнитивных расстройств в популяции; формирование межведомственного и междисциплинарного взаимодействия при оказании диагностической, лечебной, социальной помощи лицам с когнитивными расстройствами на пилотной территории; эпидемиологическую оценку распространенности когнитивных расстройств в общей популяции у лиц старших возрастных групп (с целью возможной дальнейшей актуализации проблемы, разработки стратегий развития социальных служб и здравоохранения на пилотной территории); социальную профилактику развития психических расстройств в позднем возрасте. Многоцелевая программа рассчитана на 2 года (2013-2014 гг.).

Внедрению и разработке данной программы предшествовал ряд социально-психологических исследований, показавших низкий уровень идентификации когнитивных расстройств в популяции, свойственный как пользователям услуг здравоохранения и социальных служб, так и самим представителям этих ведомств.

Результаты. В рамках программы огромное направление посвящено психообразованию разных категорий граждан города, от обычных горожан – реальных и потенциальных пользователей предлагаемых услуг до специалистов, оказывающих медицинскую (в том числе специализированную психиатрическую), социальную, правовую помощь. Основными задачами психообразовательных модулей является повышение уровня идентификации основных признаков когнитивных болезней, что реализуется с использованием принципов компетентностного подхода, заложенного в идеологическую и методологическую базу настоящего психообразовательного проекта. Особое место отводится формированию личностной компетентности всех участников проекта с профилактикой геронтофобических и эйджистких психосоциальных личностных установок. Уровень информационной компетентности, опираясь на представления о границах возрастной психологической и когнитивной нормы, создание в общегородской популяции настроенности на идентификацию основных проявлений когнитивных расстройств как болезненных проявлений с дальнейшим своевременным обращением за квалифицированной диагностической, терапевтической и социальной помощью, качество которой определяется отлаженным межведомственным взаимодействием.

Отдельное внимание в разработке и реализации настоящей программы уделяется повышению профессиональной компетентности врачей-психиатров в вопросах оказания геронтопсихиатрической помощи на основе возрастнo-специфического подхода в диагностической методологии и ведении пациентов старших возрастных групп.

Выводы. Применение принципов современного образовательного компетентностного подхода возможно при разработке масштабных программ межведомственного взаимодействия по улучшению оказания медицинской помощи горожанам старшего возраста, страдающим когнитивными нарушениями, проживающим в крупном промышленном центре.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Соколов С. Р.

ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К. Р. Евграфова», Пенза

Под термином «психологическое здоровье» понимаются психологические аспекты психического здоровья, т. е. то, что относится к личности в целом с точки зрения полноты, богатства ее развития и является близким понятию «духовность». Психологическое здоровье семьи детерминировано многими факторами: социальным, экономическим, биологическим, психологическим и т. д. Психологическое здоровье каждого человека, а особенно ребенка, неразрывно связано с психологической атмосферой, или климатом семьи, и зависит от характера взаимоотношений в семье. В современном обществе семья утрачивает свои традиционные функции, становясь институтом эмоционального контакта, своеобразным «психологическим убежищем». Психологический климат семьи определяется как характерный для той или иной семьи более или менее устойчивый эмоциональный настрой, который является следствием семейной коммуникации.

Показатели психологического здоровья семьи создают общий психологический портрет современной семьи и, прежде всего, характеризуют степень ее благополучия. Цель – сохранение, укрепление и развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья всех членов семьи. Психологическое здоровье – это интегральный показатель функционирования современной семьи, отражающий качественную сторону протекающих в ней социальных и психолого-педагогических процессов.

Психологическое здоровье семьи обусловлено доминантой социально-психологических явлений и процессов в формировании, развитии и функционировании семьи и отношением семьи к окружающей среде, способностью к активному ее преобразованию. Психологическое здоровье семьи как многоуровневое качество ее жизнедеятельности характеризуется адекватностью протекающих в ней социально-психологических процессов, отношений, реагирований, ориентации в проблемной ситуации. Существует множество факторов, влияющих на психологическое здоровье семьи: социальные, экономические, биологические, психологические и т. д.

В комплексной оценке психологического здоровья семьи выделяются наиболее значимые показатели: сходство семейных ценностей, функционально-ролевая согласованность, социально-ролевая адекватность в семье, эмоциональная удовлетворенность, адаптивность в микросоциальных отношениях, устремленность на семейное долголетие.

Сходство семейных ценностей отражает совпадение, ориентационное единство взглядов, отношений членов семьи к общечеловеческим нормам, правилам, принципам формирования, развития и функционирования семьи как малой социальной группы.

Функционально-ролевая согласованность представляет собой динамический показатель психологического здоровья семьи и отражает уровень развития таких социально-психологических механизмов внутри-семейного взаимодействия, как взаимопонимание, взаимопомощь, взаимодоверие, взаимотерпение между членами семьи.

Социально-ролевая адекватность обусловлена ролевой структурой семьи, которая в процессе ее жизнедеятельности складывается более жесткой по сравнению с большинством малых групп. Она отражает уровень реализации межличностных, внутрисемейных ожиданий: от каждого члена семьи ожидают исполнения определенной роли (отец – мужчина, лидер, добытчик, опора в трудной ситуации и др.; жена – заботливая мать, хозяйка, хранительница семейного очага и др.; дочь, сын – помощники родителей, опора в будущем, наследники и др.).

Эмоциональная удовлетворенность показывает характер эмоционального принятия друг друга и уважение в семье. Именно высочайшая степень эмоциональной близости – «пристрастное отношение» друг к другу – составляет особое качество здоровой семьи. Эмоциональные связи между членами семьи опосредуются их совместной деятельностью, задачами, которые стоят перед всем семейным коллективом. В то же время эмоциональная удовлетворенность в семье является важнейшим источником психологической разрядки и поддержки всех ее членов. Рейтинг этого показателя в психологическом здоровье семьи

определяется многими факторами: уровнем образования родителей, мотивами заключения брака, характером супружеских отношений, целями воспитания детей, образом семьи, сформированным у подрастающего поколения, методами достижения результата и т. д.

Адаптивность в семейных отношениях прежде всего характеризует-ся способностью взрослых семьи приспосабливаться к социально-психологической атмосфере семьи после трудового дня.

Устремленность на семейное долголетие представляет собой постоянное влечение к новым семейным целям, разумное их планирование и поддержание активности всех членов семьи в их достижении. Неотъемлемым атрибутом любой здоровой семьи являются ближайшие и перспективные семейные цели.

Идентичность и стабильность семьи. Семейная идентичность определяется как содержание ценностей, устремлений, тревог и проблем адаптации. Другими словами, семейная идентичность – это эмоциональное и когнитивное Мы данной семьи. Стабильность семьи, которую точнее было бы обозначить как сохранение в изменении, предполагает сохранение идентичности во времени, контроль над конфликтами и способность семьи к изменению и дальнейшему развитию.

В современной ситуации психологическое здоровье семьи представляет собой не только сохранность психических свойств и процессов, но и способность быть личностью, т. е. умение контролировать свое поведение, управлять им, уметь любить, уметь ставить цели и достигать их, стремиться к саморазвитию, самосовершенствованию. Поэтому особо важную роль приобретает семья на настоящем этапе, когда в обществе старые устои и идеология сменились, а нового ничего на смену не пришло.

Семья – единственный оплот, единственная возможность вырасти личностью, полноценным и психологически здоровым человеком.

Таким образом, психологическое здоровье семьи является важнейшей характеристикой межличностных отношений. Жизнь делают люди, и то, какие отношения складываются между ними, определяет все, что вообще происходит с человечеством и миром, в котором оно живет. Все, что люди знают, во что они верят, как они разрешают возникающие конфликты, начинается в семье. Все должны понимать, что счастливый союз – это долгая кропотливая работа, требующая достаточно много сил и времени. Для сохранения и укрепления взаимоотношений нужно проводить просветительскую деятельность, охватывающую все население. Эти мероприятия предупредят уровень числа разводов и будут способствовать стабилизации супружества и семьи.

Л и т е р а т у р а

1. Практическая психология образования / под ред. И. В. Дубровиной. – М. : ТЦ «Сфера», 2000. – 528 с.
2. Жолдубаева А. Современная семья как феномен культуры. – Алматы : Мысль, 2011. – № 5.
3. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. – Л. : Медицина, 1990.
4. Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2000.
5. Торохтий В. С. Психология социальной работы с семьей. – М. : ЭКСМО-Пресс, 1996.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ ДЕМЕНЦИЙ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

Соколова И. В., Сиденкова А. П.

ГБОУ ВПО «Уральский ГМУ» Минздрава России, Екатеринбург

Резюме. Психотическая симптоматика часто наблюдается при деменциях позднего возраста, осложняя ее течение. Механизмы формирования психотических феноменов изучены недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния дефицитарных когнитивных функций на формирование психотических симптомов при деменциях.

Материал и методы исследования. Проведено сравнительное выборочное бесповторное проспективное наблюдательное исследование пациентов с альцгеймеровской деменцией. На основе добровольного информированного согласия в группы исследования включены 161 пациент обоего пола. Основную группу составили 105 пациентов от 61 до 81 года с выявленной альцгеймеровской деменцией с психотическими (бредовыми) симптомами. В группу сравнения вошли 56 пациентов в возрасте от 56 до 78 лет с альцгеймеровской деменцией без клинических проявлений бредовых симптомов. Все участники исследования находились на момент оценки их состояния на стационарном лечении в специализированном геронтопсихиатрическом отделении. Средний возраст пациентов группы исследования составил 73 года, группы сравнения 71,5 года. При сопоставлении основной и группы сравнения достоверных различий не выявлено ($p=0,233$). Комплекс лечения всех больных включал стандартную базовую терапию, определенную медико-экономическими стандартами.

Методы исследования: клинико-психопатологическое, нейропсихологическое и психометрическое исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении степени выраженности когнитивного снижения больных деменцией с психотическими симптомами к началу исследования в 100 % случаев выявлялась легко выраженная деменция (MMSE 20-23 балла).

В основной группе исследования выявлена бредовая фабульная гетерогенность: персекуторные идеи обнаружены у 58 (55,2 %) пожилых людей основной группы, которые высказывали уверенность, что находятся в опасности, будто другие обижают их или хотят обидеть; носителями идей ревности оказались 33 человека (31,4 %), полагавших, что супруги им изменяют; 14 (13,3 %) пациентов были убеждены, что их обворовывают. По наличию болезненных идей при сопоставлении с группой сравнения определялась высокая статистическая достоверность различий ($p < 0,0001$).

Изучение встречаемости расстройств восприятия в группах исследования показало отсутствие этого симптома у 77 лиц основной группы (73,3 %). Вербальные расстройства восприятия выявлялись у 22 пациентов (21 %), которые по описанию ухаживающих вели себя так, будто слышали «голоса» или описывали слышимые голоса, 5 больных (4,8 %) беседовали с людьми, на самом деле не существующими. Обоятельное расстройство восприятия с ложными ощущениями неприятных запахов наблюдалось у 1 человека (1,0 %), что сопровождалось вторичной болезненной интерпретацией с формированием идей по типу межквартирного параноида жилья, с нарушением поведения, периодами тревоги и агитации. Опираясь на высказывания больного, описания его поведения ухаживающими лицами, не всегда было возможно дифференцировать модальность нарушений восприятия.

Общий низкий показатель тревоги был зафиксирован в основной группе. Отсутствие тревоги у пожилых пациентов с деменцией основной группы обнаруживалось в 77,1 % случаев. В результате изучения представленности признака «раздражительности/неустойчивости настроения» была выявлена тенденция к немотивированному переходу аффекта от благодушно-приподнятого к злобному у 29 пациентов основной группы (27,6 %). Пролонгированная гипотимия с брюзжанием и аффектацией по незначительному поводу наблюдалась у 12 человек (11,4 %). Внезапные интенсивные вспышки злобы или ярости отмечались у 2 больных (1,9 %). Значения встречаемости данных показателей нейродинамической аффективной неустойчивости статистически достоверно чаще обнаруживались в основной группе исследования ($p < 0,0001$).

Устойчивые расстройства сна и поведения в ночное время были обнаружены у большинства участников основной группы. 36 пациентов (34,3 %) с трудом засыпали, 49 человек (46,7 %) постоянно вставали и бродили в ночное время. При сопоставлении с группой сравнения определялась высокая статистическая достоверность различий по данному признаку ($p=0,001$).

Количественные нарушения пищевого поведения достоверно чаще преобладали в основной группе исследования ($p=0,027$), сниженный аппетит встречался у 36 пожилых пациентов (34,3 %), 2 больных (1,9 %) имели повышенный аппетит.

Согласно данным корреляционного анализа, бредовые идеи обратно достоверно коррелировали с нарушениями восприятия ($r=-0,231^*$, $p=0,018$), с тревогой ($r=-0,323^{**}$, $p=0,001$), раздражительностью/неустойчивостью настроения ($r=-0,326^{**}$, $p=0,001$), нарушением праксиса ($r=-0,476^{**}$, $p<0,0001$), нарушением гнозиса ($r=-0,526^{**}$, $p<0,0001$). Отмечалась средняя прямая корреляционная связь бредовых идей с ажитацией/агрессией ($r=0,469^{**}$, $p<0,0001$). Нарушения высших корковых функций определялись по результатам нейропсихологического исследования пациентов. Уровень психопатологических симптомов рассчитывался по результатам заполнения «Нейропсихиатрического опросника» (NPI).

Синдром нарушений высших психических функций у больных с легко выраженной альцгеймеровской деменцией определялся снижением контроля, программирования и произвольной регуляции деятельности, нарушениями функции памяти, речи, зрительно-пространственного и слухоречевого гнозиса, пространственными нарушениями конструктивного праксиса.

Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, что при статистическом сопоставлении демографических показателей, выраженности когнитивного дефицита, нозологической принадлежности деменций с бредовыми расстройствами и без таковых имеются статистически значимые различия в структурном психопатологическом профиле этих деменций. Когнитивной основой этих различий являлись следующие особенности когнитивного профиля больных: выраженные нарушения познавательных процессов – программирования произвольной регуляции деятельности и контроля, которые сопровождались умеренным поражением высших психических функций: преимущественно расстройства номинативной, семантической функции речи, кинестетической и кинетической организации движений, зрительного, слухоречевого гнозиса, праксиса.

Полученные результаты свидетельствуют не только о структурной гетерогенности и сложности синдромов деменции, но и позволяют понять перспективу изучения механизмов формирования отдельных психопатологических феноменов при деменциях позднего возраста.

НЕЙРОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ НА СТРУКТУРУ ВЕНТРАЛЬНЫХ ЯДЕР ТАЛАМУСА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Солонский А. В., Кудренко А. С.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Основными факторами, вызывающими повреждение нервной системы у плода, новорожденного, а в дальнейшем и младенца, рассматриваются внутриутробная гипоксия, родовая травма, асфиксия в родах, нарушение мозгового кровообращения, инфекции, интоксикации и врожденные мальформации.

Последние эпидемиологические данные свидетельствуют о ведущей роли поражений мозга, возникающих в перинатальном периоде, которые в дальнейшем приводят к дезадаптации и инвалидизации детей (детский церебральный паралич). Установлено, что влияние характера эмбриогенеза на последующее развитие головного мозга неизмеримо больше его временной доли во всем онтогенетическом развитии. Интерес к эмбриональному периоду связан со стремлением выяснить принцип организации и взаимосвязи формирующихся нервных и глиальных клеток, их контактов, поскольку от этого в дальнейшем зависят сложнейшие функции головного мозга.

По нашим данным, доля мертворождений от всего числа вскрытий составляет 44–46 %. Из них 80–87 % приходится на случаи антенатальной гибели плодов. В 91 % случаев в качестве причины, приведшей к гибели плода, рассматривалась абсолютная плацентарная недостаточность, в 9 % случаев – острая плацентарная недостаточность. Алкогольная фетопатия встречалась 1 раз в год.

В работах последних десятилетий все чаще основным считается иерархический принцип работы различных структур головного мозга, исходя из этого все менее значимыми становятся такие понятия, как высший/низший, старый/новый. Выяснено, что такие крупные структуры, как лимбическая доля и таламус, состоят из повторяющихся локальных нервных цепей, которые образуют модули.

Каждый модуль способен обрабатывать, трансформировать и передавать информацию. Под первичным структурным модулем подкорковой структуры понимают структурную единицу, которая включает в себя минимальную организацию нейронов с их отростками и связями, глией и сосудами и отделенную от другой такой же единицы стенками, состоящими из поля глиальных клеток и/или пучков глиальных клеток. Более крупные структуры, в которые объединяются модули – области коры или ядра подкорковых структур. Изучению модульных структур коры у детей различных возрастов, по нашему мнению, уделено достаточно много внимания. Подкорковые образования (например, ядра таламуса), на наш взгляд, требуют более детального подхода. В изучении структуры таламуса важно то, что он является главным коллектором входящих проекций в кору. Огромное количество ядер таламуса подчеркивает необычайную сложность взаимоотношений с корой. Группа модулей, составляющих структуру, сама может быть разбита на подгруппы разными связями и обособленными таким же образом подгруппами в других крупных структурах. Тесно и многократно взаимосвязанные подгруппы модулей в разных и часто далеко отстоящих друг от друга структурах образуют таким образом, точно связанные, но распределенные системы («гнездные» распределенные системы). Один модуль может быть членом нескольких таких систем. В связи с описанными выше особенностями строения модульных структур изучаемые нами структуры мы определили как клеточные группировки.

Материалом исследования послужил головной мозг 30 детей обоего пола, погибших ante-, intra- и постнатально в течение первых 2 месяцев жизни от причин, не связанных с патологией головного мозга. Основным заболеванием у детей первых 5 групп была асфиксия плода и новорожденного. Критерием отбора служили отсутствие воспалительных заболеваний и пороков развития головного мозга. Оценка патогистологической картины показала, что у всех детей исследуемых нами групп определялись явные признаки незрелости головного мозга: широкий камбилльный слой и псевдожелезистые структуры, субependимарные очаги некроза. Все дети на протяжении внутриутробного развития испытывали хроническую внутриутробную гипоксию вследствие хронической внутриутробной недостаточности, подтвержденной морфологически.

Гистологическому анализу были представлены образцы вентробазального комплекса таламуса, который включает в себя заднелатеральное вентральное ядро и заднемедиальное вентральное ядро (сенсорные специфические ядра, группа медиальных ядер) и вентролатеральное ядро (несенсорные специфические ядра, группа медиальных ядер).

При окраске гематоксилин-эозином и по методу Ниссля были видны очажки лимфоидной инфильтрации в ткани таламуса (периваскулярно). Исследования ряда авторов показали, что воспалительные изменения во всей ткани мозга появляются только при выраженной дегенерации нейронов. В нашем исследовании положительное иммунотипирование клеток лимфоидного ряда, экспрессирующих на себе рецепторы CD45, выявлялось лишь в просветах сосудов мозговой оболочки и отсутствовало непосредственно в нервной ткани. Этот факт подтверждает положение о том, что элементы воспалительного инфильтрата не входят в исследуемые нами клеточные группировки.

Установлены функциональные изменения клеток таламуса, которые проявляются в виде преобладания во всех исследуемых группах гиперхромных несморщенных нейронов. В возрасте 1 неделя – 2 месяца жизни их насчитывается более половины (56 и 53 %) от всей численной плотности нейрональной популяции.

Таким образом, при хронической гипоксии нейроны реагируют односторонне – снижением функциональной активности. В зависимости от условий функционирования нейроны с начальными признаками гипер- и гипохромии либо становятся нормохромными, либо реактивно изменяются и превращаются в клетки-тени (гипохромные) и сморщенные гиперхромные. Измененные несморщенные нейроны находятся в защитном парабактериальном состоянии торможения всех метаболических и биосинтетических процессов, их можно рассматривать как объект потенциально корригирующего лечения. Общая численная плотность нейрональной популяции в нашем исследовании изменялась в зависимости от срока гестации и срока жизни. Число гиперхромных несморщенных клеток увеличивалось пропорционально возрасту ребенка и достигало максимума в сроке жизни 8 суток – 2 месяца, в это же время отмечался наибольший нейроглиальный индекс (1 нейрон контактировал с 3 глиоцитами), т. е. протекторное действие глиоцитов наиболее выражено в самом позднем сроке после перенесенной хронической внутриутробной гипоксии.

Таким образом, на основании вышеизложенных фактов можно сделать следующий вывод: в вентральном таламусе у детей с задержкой внутриутробного развития 38–42 недели, проживших 8 суток – 2 месяца, нейроглиальный индекс увеличивается на 14,5 %, объем цитоплазмы нейронов – на 17,3 %, общая численная плотность нейронов снижается на 35,3 %, глиоцитов – на 18,5 % по сравнению с аналогичными показателями у детей с задержкой внутриутробного развития и нормотрофиками со сроком внутриутробного развития 28–37 недель, умерших антенатально и интранатально.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ: СИСТЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

Солохина Т. А., Ястребов В. С., Митихин В. Г., Лиманкин О. В.*

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

*** Психиатрическая больница им. П. П. Кащенко, Санкт-Петербург**

В последнее время установлен существенный рост потребности психически больных, членов их семей в социально-психологической помощи, необходимость в разнообразных ее видах. На современном этапе организация этого вида помощи предусматривает проведение мер, дифференцированных на разных иерархических уровнях – индивидуальном, семейном, институциональном, государства и общества в целом. Поэтому для каждого из перечисленных уровней должны быть разработаны собственные характеристики и критерии, проведена оценка значимости широкого круга внутренних (клинических, личностных) и внешних (средовых) факторов для обеспечения эффективной и реализуемой в современных социально-экономических условиях помощи всем участникам процесса ее оказания.

Цель настоящей публикации состояла в том, чтобы показать особенности разработанного системно-ориентированного подхода и возможности применения метода анализа иерархий (МАИ) для совершенствования социально-психологической помощи, максимально учитывающей современные стратегии, интересы всех вовлеченных в оказание помощи участников, а также совокупность актуальных для этого подхода факторов и их иерархию.

Материалы. Теоретические и методические разработки отдела организации психиатрических служб ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, а также результаты социологических опросов на базе психиатрических учреждений Санкт-Петербурга.

На первом этапе исследования *на индивидуальном и семейном уровнях* выявлен широкий спектр клинических, социально-демографических, психологических характеристик психически больных и социально-психологических особенностей их родственников, включая социальное функционирование и качество жизни. Важнейшее значение при этом принадлежало оценке личности пациента и членов его семьи (структура личности, самосознание, выявление защитных механизмов, комплаентность и др.).

На основании полученных характеристик были определены мишени воздействия: у пациентов — личностные аномалии, самостигматизация, стрессоустойчивость, комплаенс, навыки общения и пр.; у родственников пациентов — деструктивные семейные отношения, стиль жизни, психологическая дезадаптация, стигматизация, приверженность лечению и пр.

Следующий уровень в рамках разрабатываемого нами системного подхода — *институциональный* — предусматривал оказание социально-психологической помощи, которая носила комплексный характер с привлечением необходимых ресурсов и форм помощи, а также оценку ее эффективности. Исходя из выявленных мишеней воздействия, с пациентом и его семьей проводились социо- и психотерапевтическая работа, обучение и тренинги, профориентация и трудоустройство, вовлечение в работу общественных организаций, оказывалась помощь в разрешении юридических, жилищных и иных проблем.

На *институциональном уровне* также оказалась важной работа с сотрудниками психиатрических учреждений. Углубленное социально-психологическое обследование позволило выявить особенности функционирования и взаимодействия различных профессиональных групп, определить мишени психологической и психотерапевтической помощи, к которым относятся стрессоустойчивость персонала, его эмоциональное состояние, компетентность в профессиональном межличностном общении и пр., а также разработать формы помощи для работников службы и оценить их эффективность.

Задачи *государства* вытекают из проведенного анализа социально-экономических последствий, связанных с нарушением психического здоровья, оценки состояния юридической, финансовой, социальной защищенности потребителей психиатрических служб, и направлены на уменьшение существующих диспропорций.

Применительно к *обществу* необходима работа, направленная на повышение психиатрической грамотности населения, дестигматизацию психически больных, создание условий для их реинтеграции, которая включает ассимиляцию больного в адекватную его возможностям социальную нишу.

На втором этапе исследования для выявления взаимодействий между всеми участниками в процессе оказания помощи были использованы системный анализ и метод анализа иерархий (МАИ), что позволило описать значимые закономерности, обеспечить системный подход с учетом многоуровневого, иерархического характера связи различных по природе факторов и компонент процесса помощи, выделить наиболее важные из них.

При обработке данных используется шкала отношений, при которой допускаются основные математико-статистические операции, что имеет большое преимущество по сравнению с порядковыми шкалами.

В данной публикации приводятся результаты социологических опросов работников психиатрических служб и пользователей помощи, полученные с применением МАИ. Технология обработки данных опросов следующая: респонденты дают свои ответы в виде индивидуальных ранжировок (предпочтений), из которых создаются матрицы парных сравнений. Последующая обработка матриц позволяет получить окончательные приоритеты предлагаемых в опросе факторов (альтернатив). Проанализированы правовые, этические, финансовые, организационные и другие факторы. Ниже приводится ряд полученных с использованием данного подхода актуальных факторов и их иерархия.

Участникам опроса было предложено указать наиболее существенные изменения, в которых нуждается амбулаторная служба, расставляя их в порядке приоритетности. На первое место профессионалы поставили улучшение финансирования службы, затем – уменьшение нагрузки участкового психиатра и повышение оплаты труда. Реже в качестве приоритетных задач указывались улучшение лекарственного обеспечения, совсем редко – различные организационные решения (увеличения мест в дневных стационарах, расширение сети психиатрических кабинетов в поликлиниках, создание общежитий для больных, расширение социально-ориентированных видов помощи и платных услуг). Родственники пациентов приоритетными направлениями считали увеличение финансирования службы, повышение оплаты труда персонала, снижение нагрузки участкового психиатра. Результаты обработки всех анкет с иерархической ранжировкой ответов определили наиболее весомые факторы: амбулаторная служба нуждается, прежде всего, в улучшении финансирования и улучшении условий оплаты труда персонала. Аналогичные данные получены и для стационаров.

При определении видов психосоциальной работы, которую необходимо проводить в психиатрическом учреждении, респонденты указывали их в следующем порядке: чаще всего на первое место ставили трудовую терапию в ЛТМ, тренинги социальных и бытовых навыков и социально-восстановительную работу, реже – психообразование и работу с семьями пациентов, и в последнюю очередь указывались такие направления работы, как организация досуга, просветительская работа в обществе. Результаты математической обработки позволили определить наиболее весомый ответ, в соответствии с которым основным видом психосоциальной работы в психиатрических учреждениях являются тренинги социальных и бытовых навыков.

При изучении проблемы обеспеченности местами в дневных стационарах респонденты чаще всего отмечали нормативные, экономические, реже — административные факторы (механизмы) регулирования этого вида помощи. Результаты обработки анкет с иерархической ранжировкой ответов определили в качестве приоритетного фактора экономические механизмы регулирования деятельности полустационарной помощи.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о перспективности системно-ориентированного подхода при оказании социально-психологической помощи семьям психически больных. Применение аппарата МАИ предоставляет дополнительные возможности для принятия управленческих решений при создании эффективной модели этой помощи.

СЕМЕЙНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ

Стоянова И. Я., Мамышева Н. Л., Рупп Ю. Л.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

В настоящее время у специалистов отмечается высокий интерес к оказанию психологической помощи семьям детей с отклонениями в психическом развитии. Для этого необходимо иметь информацию об особенностях семейного взаимодействия, межличностных отношений, ключевым моментом которого является принятие родителями своих детей.

Речь ребенка формируется под влиянием речи взрослых и в огромной степени зависит от достаточной речевой практики, нормального речевого окружения и от воспитания и обучения, которые начинаются с первых дней его жизни.

Настоящее исследование посвящено выявлению степени принятия детьми с общим недоразвитием речи себя и каждого из родителей. Под общим недоразвитием речи (ОНР) понимают нарушенное формирование всех компонентов речевой системы в их единстве (звуковой структуры, фонематических процессов, лексики, грамматического строя, смысловой стороны речи) у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом. При ОНР наблюдаются позднее появление речи, скудный запас слов, аграмматизмы, дефекты произношения и фонемообразования.

Материал исследования. В исследовании принимали участие 20 детей с ОНР, 11 мальчиков и 9 девочек в возрасте от 5 до 7 лет. 75 % детей имеют полные семьи, 20 % – только одного родителя, 5 % детей не имеют семьи. Контрольную группу составили 20 детей того же пола, возраста и состава семьи. В психодиагностической процедуре использовались проективные методики – тест Эткинда (ЦТО), направленный на выявление степени принятия ребенком себя, отца и матери, а также «Рисунок семьи» (Л. Корман) с целью выявления отношения ребенка к родителям.

При изучении степени принятия детьми себя и родителей детьми с ОНР и контрольной группы с помощью методики ЦТО было выявлено, что большинство детей из обеих групп имеют одинаковую степень принятия себя – явное принятие, однако в степени принятия родителей наблюдались явные различия. Дети с ОНР имеют степень полного неприятия матери и условное неприятие отца, в то время как дети из контрольной группы явно принимают обоих родителей. Такие результаты могут свидетельствовать о том, что в семьях у детей с ОНР возможны внутрисемейные конфликты, в частности поведение матери может подавлять или ограничивать потребности ребенка.

В результате исследования эмоциональных особенностей детей, их личностных характеристик, а также межличностных отношений в семьях с помощью проективных методик выявлено, что наиболее выраженными эмоциональными особенностями детей в обеих группах являются тревога и наличие страхов. Также уровень интроверсии в обеих группах преобладает над уровнем экстраверсии. Характерной особенностью для детей с ОНР является проявление импульсивности.

При рассмотрении контекста семейных отношений выделяется различная значимость матери и отца для детей из основной и контрольной групп. Так, для детей с ОНР мать является более значимой фигурой, а в контрольной группе на первом месте по значимости для ребенка стоит отец. Рассматривая представление ребенка относительно своего положения в семье, можно утверждать, что дети из контрольной группы более склонны отводить центральное положение в семье себе, чем дети с ОНР. В 53 % случаев они не воспринимают себя частью семейной системы, а центральное положение занимают лишь 6 % детей.

При исследовании эмоциональных особенностей можно наблюдать, что практически у всех детей с ОНР (88 %) очень высокий уровень тревожности, также у 70 % детей присутствуют нарушение общения и чувство одиночества, 47 % детей имеют склонность к аутизации. Такие проявления, как тревога и нарушение общения, имеют корреляции с критериями большей значимости матери для ребенка и недостаточ-

ности внутрисемейных контактов. Также на основании результатов, полученных при исследовании семейных отношений с помощью методики «Рисунок семьи», можно сделать вывод, что внутрисемейные контакты не являются достаточными для детей в 64 % случаев.

С учетом результатов исследования комплексная психокоррекционная программа для детей с ОНР должна включать несколько основных направлений. Это психологическая работа с родителями, целью которой является коррекция семейных отношений, а также смягчение эмоционального дискомфорта у детей с ОНР и устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, таких как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожность, а также развитие коммуникативных навыков.

Таким образом, исследование показало, что межличностные отношения в семье, значимость родителей, их восприятие детьми оказывают неоспоримое влияние на развитие ребенка, в частности на развитие речевой функции.

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У МИГРАНТОВ

Султанова А. Н., Овчинников А. А.

ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» Минздрава России, Новосибирск

Актуальность. Мигранты, в отличие от этнического большинства, имеют проблемы не только с физическим здоровьем (производственные травмы, хронические боли, болезни сердца, онкологические новообразования), но и с психическим состоянием (Hovey J. D., Magaña C. G., 2000, 2002; Wiesner M., Windle M., Freeman A., 2005; Lloyd D. A., Taylor J., 2006; O'Donnell K., Wardle J., Dantzer C., Steptoe A., 2006). Депрессивные и тревожные расстройства широко распространены (Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert S. et al., 2004; Kessler R. C., Angermeyer M., Anthony J. C. et al., 2007) и в значительной степени связаны с нарушениями качества жизни (Ustün T. B., Ayuso-Mateos J. L., Chatterji S., Mathers C., Murray C. J., 2004; Saarni S. I., Suvisaari J., Sintonen H., Pirkola S., Koskinen S., Aromaa A., Lönnqvist J., 2007). Доказано, что депрессивные симптомы часто сопровождают людей, проживающих в иной культурной среде и являющихся представителями этнического меньшинства (Missinne S., Bracke P., 2012).

Материал и методы. Проведено скрининговое исследование на базе УФМС по Новосибирской области мигрантов-соотечественников – 141 чел. (72,3 % – из Казахстана; 9,2 % – из Узбекистана; 5,7 % – из

Таджикистана; 4,96 % – из Армении; 3,5 % – из Кыргызстана; 2,8 % – из Молдовы и 1,4 % – из Украины) и трудовых мигрантов – 728 чел. (50 % – из Таджикистана; 28 % – из Узбекистана; 12 % – из Кыргызстана и 10 % – из Казахстана). Исследование проводилось с марта 2010 г. по декабрь 2013 г. Симптомы депрессии изучались с помощью опросника депрессивности Бека и шкалы Цунга; уровень тревоги диагностировался с применением опросника Спилбергера-Ханина.

Обсуждение результатов. Обнаружен диагностический уровень легкой депрессии в группе мигрантов-соотечественников по опроснику депрессивности Бека. В группе трудовых мигрантов также необходимо обратить внимание на эмоциональный компонент, поскольку выявлена верхняя граница нормы (8,8) по опроснику депрессивности Бека, что позволяет говорить о группе риска по аффективным расстройствам.

Выявлены достоверные различия по критерию Манна-Уитни ($p < 0,01$), что говорит об умеренной депрессии по опроснику депрессивности Бека (15,2) и субдепрессивном состоянии или маскированной депрессии (61,3) по шкале депрессии Цунга среди женщин – трудовых мигранток в отличие от мужчин этой же группы. Данный факт можно объяснить культуральными и социальными факторами, являющимися пусковыми, в полученной клинической картине трудовых мигрантов. Женщины, приезжая в совершенно иную для них культуру, в 92 % случаев оставили на родине своих детей на попечение родственников. Происходит полное нарушение привычных семейных устоев. Важно отметить, что процесс миграции влечет за собой сложную цепь последствий как для тех, кто уезжает, так и для тех, кто остается. В последние десятилетия происходят изменения в миграционном процессе. Традиционно мигрант был мужчиной, главой семьи, который мигрировал, чтобы поддержать в финансовом отношении свою семью. В настоящее время наблюдается новая тенденция – тенденция миграции женщин и последующее переопределение отношений: жены часто становятся главными финансовыми источниками, и, соответственно, они получают власть в семье, а это, в свою очередь, ведет к потере традиционных ролей. Часто женщины, которые мигрируют, разведены или вдовы, и они несут на себе обязательства перед детьми, как в финансовом плане, так и в плане образования. Дети, предоставленные бабушкам или тетям («сироты миграции»), могут испытывать психологические и эмоциональные проблемы по причине отсутствия их матерей. Другой аспект, который не должен быть недооценен – это контакт с новой культурой, который приводит к конфликту между традицией и современностью: становится больше женщин, знающих о своих правах и требующих равного положения с мужем. В результате часто женщины – трудовые мигрантки жалуются на рост семейных конфликтов после приезда в Россию.

На следующем этапе диагностирован уровень личностной и ситуативной тревожности в исследуемых группах – высокая реактивная ($46,4 \pm 13,9$) и умеренная личностная ($37,5 \pm 7,7$) тревога. В группе мигрантов-соотечественников, наоборот, высокий уровень личностной тревоги ($46,3 \pm 7,8$) и умеренная реактивная тревога ($32,9 \pm 5,3$). Трудовые мигранты – это категория мигрантов, испытывающих постоянные стрессовые нагрузки вследствие нахождения в иной культурной среде и в результате ежедневно возникающих проблем (с трудоустройством, документами, угрозой депортации и т. д.). Высокий уровень ситуативной тревоги у трудовых мигрантов объясняется как раз стрессовыми факторами, с которыми неизбежно сталкиваются мигранты ежедневно.

Более низкий уровень личностной тревоги, в отличие от мигрантов-соотечественников, объясняется мотивами и целью приезда в Россию в той и в другой группах. Трудовые мигранты приезжают на заработки и изначально положительно мотивированы, готовы терпеть невзгоды ради поставленной цели. Особой личностной тревоги у них изначально нет. Мигранты-соотечественники едут в Россию с надеждой кардинально изменить жизнь, процесс моральной подготовки к этим изменениям занимал ни один год. Все это время, по словам респондентов, учитывались положительные и отрицательные стороны, последствия возможного переезда, проходили бурные обсуждения, в результате которых возникало чувство обиды за то, что Россия после распада СССР не вспомнила про них, не приняла мер по воссоединению с родиной. Имея такое чувство обиды, сожаления о прошедших годах вдали от родины, с одной стороны, и желание все-таки начать «жить заново» среди своих соотечественников, с другой, приводит к тому, что мигранты-соотечественники изначально приезжают с высоким уровнем личностной тревоги, которая возникла далеко не за месяц или за два до переезда. Уровень ситуативной тревоги в этой группе исследуемых более благоприятный, поскольку государственная программа «Соотечественники», по которой едут эти мигранты, предусматривает помощь с размещением, трудоустройством, получением российского гражданства в ближайшие месяцы. Т. е. ежедневных стрессовых ситуаций, связанных с бытовыми проблемами, у мигрантов-соотечественников меньше, чем у трудовых мигрантов. Но есть фактор, затрудняющий адаптацию мигрантов-соотечественников в родную для них культуру. Этот момент разногласия между особенностями коллективистической и индивидуалистической культур. Мигранты-соотечественники прожили в коллективистической культуре, имеющей положительные стороны в аспекте взаимоотношения людей, взаимопомощи, доброжелательности и многих других качеств, которые они воспринимали как универсальные и встречающиеся во всех культурах.

Приехав в Россию, они сталкиваются с моментом индивидуализма, когда, как они говорят, «ты никому не нужен», где «каждый сам за себя». У многих мигрантов-соотечественников проскальзывает такой вывод: «ехали к своим, а стали чужими среди своих». Такое «разочарование» в родной культуре не способствует снижению личностной тревоги, а происходит, наоборот, усугубление имеющейся патологии. Полученные нами результаты достоверно доказывают этот факт.

Выводы. В процессе исследования обнаружен диагностический уровень легкой депрессии в группе мигрантов-соотечественников по опроснику депрессивности Бека. В группе трудовых мигрантов диагностирована высокая реактивная тревога и умеренная личностная тревога. В группе мигрантов-соотечественников, наоборот, высокий уровень личностной тревоги и умеренная реактивная тревога.

СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТИТУТ МОЛОДОЙ СЕМЬИ: ДЕФОРМАЦИЯ ИЛИ МОДЕРНИЗАЦИЯ?

Сырымкина Е. Г., Ступаренко Е. А.

Томский государственный университет, Томск

В связи с происходящими в России социально-экономическими изменениями меняются условия жизни, что естественным образом оказывает влияние на институт семьи. Особенно уязвимыми оказываются молодые семьи. Как институт молодая семья определяется в качестве подсистемы общества, являющейся объектом социальной политики; молодые супруги в возрасте до 30 лет, проживающие совместно не менее 2 лет с ориентацией на детность.

Молодых семей сегодня в России насчитывается, по некоторым данным, более 10 миллионов, что составляет приблизительно одну пятую часть от общего числа семей и более 20 миллионов граждан. Молодые семьи аккумулируют на себе ряд достаточно сложных проблем, являющихся следствием всесторонних перемен последних десятилетий. На основе проведенных ранее социологических исследований выделены два блока наиболее актуальных, с точки зрения молодых семей, проблем:

- социально-экономический блок содержит проблемы материальной обеспеченности, жилищную проблему и проблему трудоустройства молодых супругов;
- социально-психологический блок, включающий проблемы адаптации молодых супругов друг к другу, к новой ситуации и новым родственникам.

Социально-экономические проблемы обусловлены тем, что молодая семья вынуждена адаптироваться к новым социально-экономическим условиям, происходящим в стране в целом и каждом регионе, не располагая достаточными финансовыми, экономическими, юридическими ресурсами для решения своих жизненно важных задач.

По данным статистики, в РФ около 80 % детей рождаются в семьях, где супруги не достигли 30 лет, и именно в молодых семьях начинается воспитание детей, закладываются основы сознания, поведения, отношения к тем или иным сторонам жизни у подрастающего поколения. Но в то же время в результате влияния социально-экономических факторов происходит снижение рождаемости, бездетность, увеличение числа детей, рожденных и/или воспитывающихся в неполной семье. На основе данных переписи населения, проводившейся в 2002 г., примерно 50 % женщин являются беременными на момент заключения брака. Это говорит о том, что половина браков заключается ради ребенка, его социального статуса. Таким образом, во многих современных семьях ребенок – не результат брака, а его причина.

Следует отметить, что одновременно с формированием семьи у молодых людей происходит профессиональное образование/становление и самоутверждение. Это, безусловно, накладывает свой отпечаток на семейную жизнь, отношение к возрасту ее начала. В ситуации, когда нужно продвигаться вверх по «карьерной лестнице», молодые люди откладывают создание семьи и рождение детей на неопределенный срок. Это впоследствии провоцирует такие проблемы, как невозможность или проблематичность женщин в зрелом возрасте родить ребенка, тяжелые роды с последствиями для матери и ребенка.

В социально-психологическом плане молодые семьи также находятся в относительно более трудном положении, чем зрелые семьи. Супруги в молодых семьях, как правило, еще не имеют опыта налаживания, укрепления супружеских отношений, недостаточно владеют знаниями, как предупреждать/решать конфликты, как строить отношения, вырабатывать общие семейные ценности. Именно эти проблемы составляют условную группу под названием «не сошлись характерами», которые являются чаще всего причиной разводов в молодых семьях.

Как уход от социально-экономических и психолого-педагогических проблем молодого брака можно рассматривать распространение незарегистрированных браков среди молодежи.

Сейчас слово «семья» для многих молодых людей не отождествляется с браком. Вместе с изменениями, связанными с понятием семьи и представлениями о ней, изменились и ценности у молодых людей. По утверждению специалистов, демографический кризис имеет не в последнюю очередь морально-этическую природу: иметь детей для многих означает отказ от многих благ, от карьерного роста. В связи с широким распространением и популярностью феминизма женщины стремятся стать независимыми и равными с мужчинами во всех отношениях. Посвящая себя работе, некоторые женщины совсем отказываются иметь детей. В обществе сформировалась даже субкультура и идеология «childfree – свободный от детей», отказ от детей во имя личной свободы.

Действительно, сейчас большую роль играет то, насколько человек успешен, образован и какое положение занимает в обществе. Молодые люди меньше внимания уделяют созданию семьи, построению своей семейной жизни. Особую популярность приобретают так называемые свободные, как правило, кратковременные, внебрачные отношения. В связи с этим появляются неизбирательность, несерьезный настрой в отношении партнера. Выбор супруга/супруги осуществляется «методом проб и ошибок» в череде сожителств.

Следствием перечисленных тенденций и проблем является снижение ценности института семьи и брака, смешение гендерных ролей мужчин и женщин, старение населения, демографические спады, приток иммигрантов.

В данной ситуации необходимо принимать меры по поддержке молодой семьи. Поддержка молодой семьи является одним из приоритетов государственной семейной политики. Семейная политика включает в себя все виды деятельности, направленные на укрепление института семьи, создание условий для ее полноценной жизнедеятельности; государственную и негосударственную поддержку, которая может быть как материальной, так и нематериальной. Существует множество мнений о том, какой должна быть поддержка института молодой семьи, в каких формах она должна проявляться. Мы придерживаемся позиции, что государство должно давать прежде всего возможности молодым семьям, причем принимаемые меры должны носить системный характер и включать как экономическую, так и неэкономическую поддержку. Несмотря на существующую поддержку молодых семей, по данным статистики растет число разводов в молодых семьях. Почему? Проанализируем программы помощи молодым семьям.

В России существуют программы и подпрограммы на государственном, региональном и местном уровнях, направленные на оказание помощи молодым семьям. В субъектах Российской Федерации реализуются программы в сфере молодежной политики по 28 направлениям. Из них программы по 3 направлениям прямо или косвенно адресованы молодой семье: обеспечение жильем молодых семей – 61,4 % (51), социальная поддержка семей с детьми, молодежи с инвалидностью – 7,2 % (6), отдых и оздоровление детей и молодежи – 4,8 % (4). На сегодняшний день в России практически все программы направлены на улучшение жилищных условий молодой семьи, материального положения. Помощь в решении проблем, имеющих неэкономический характер, психолого-педагогическую поддержку молодой семьи в основном оказывают коммерческие и некоммерческие организации в регионах, но при этом органами власти молодая семья не выделяется как особый сегмент в семейной политике, поэтому поддержка не носит системного характера.

Изучение специфики молодой семьи как социального института позволит изучить процессы и изменения, происходящие в современном институте молодой семьи, что в дальнейшем поможет определить приоритетные направления поддержки молодой семьи и ее укрепления как особого социального института.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ СЕМЕЙНЫЕ УСЛОВИЯ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИВИТАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ (НА ПРИМЕРЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ)

Труевцев Д. В., Сагалакова О. А., Стоянова И. Я.

**ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет», Барнаул
ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск**

Проблема антивитаального поведения подростков в Алтайском крае требует внимания специалистов и проведения комплексного исследования данного феномена. Антивитальное поведение включает в себя как возникновение мыслей о возможном уходе из жизни, размышления и настроенность на реализацию задуманного, так и собственно суицидальную и парасуицидальную активность на разных этапах ее осуществления. Проблема психологии антивитаального поведения и его профилактики диктуется высоким уровнем самоубийств и покушений на собственную жизнь среди подростков в разных районах края, сниже-

нием возраста как первых попыток антивитаальной направленности поведения, так и завершенного суицида, отсутствием на настоящий момент научно обоснованного и постоянно действующего алгоритма профилактических действий с учетом региональных особенностей.

Колебание уровня самоубийств среди молодых людей в возрасте до 18 лет в период с 2010 по 2013 г. в Алтайском крае свидетельствует, с одной стороны, о неблагоприятной ситуации в целом по уровню завершенных суицидов и попыток самоубийств среди подростков, с другой стороны, о неравномерности реализации профилактических психологических, клиничко-психологических, психолого-педагогических и психолого-социальных мер, а также несогласованности разных специалистов в процессе оказываемой психологической поддержки, зачастую без должного понимания психологических механизмов воздействия, отдаленных последствий вмешательства, закономерностей онтогенеза, психического здоровья подростков. Подростковый возраст в психологии все чаще трактуется в широком диапазоне как относительный возрастной период с 10–12 лет до наступления 18 лет. Однако самоубийства встречаются, хотя и нечасто, но и среди детей более раннего возраста (7–10 лет). Высокий уровень самоубийств среди детей и подростков до 18 лет в Алтайском крае и в ближних регионах Сибирского округа широко контрастирует с отсутствием необходимого внимания к данной проблеме. Подросток и может, и способен пойти на крайние меры в том случае, если его не воспринимают «всерьез» ближайшее окружение, неуважительно относятся к его чувствам и нуждам, и он не видит другого способа изменить эту ситуацию.

Большую роль в возникновении антивитаальной и суицидальной направленности поведения личности играет невозможность субъективно повлиять на события своей жизни, отсутствие опыта учета индивидуального мнения подростка/ребенка, беспомощность и затруднение самореализации наряду с зачастую большим и неорганизованным потенциалом физической энергии подростка. Последнее, наряду с неблагоприятной семейной ситуацией, конфликтными и сложными отношениями с родителями или опекунами, создает почву для формирования антивитаальных настроений у подростка и совершения суицида или парасуицида. Речь идет о таких внутрисемейных отношениях, в которых подростку отводится роль подчиненного, не обладающего «голом» субъекта, не имеющего права на инициативу и собственную позицию, в которых у ребенка затруднена самоидентификация (идентичность становится противоречивой, дисгармоничной, а любая «ошибка», социальный промах «перечеркивает» его возможность на позитивную идентичность).

Возрастной анализ подростков, совершивших завершённый суицид, показывает, что несмотря на неблагоприятную тенденцию ко все большему «омоложению» суицидального поведения, самоубийства чаще всего совершаются в период 16–17 лет, а также в 14–15 лет, еще реже (отдельные случаи) – в 11 лет и раньше. Кризисные периоды – пик подросткового возраста (14 лет) и юношества (16–17 лет) являются наиболее уязвимыми к неблагоприятным факторам среды.

Завершённые суициды в Алтайском крае с 2011 по 2013 г. преимущественно совершены посредством повешения. Отмечены единичные случаи отравления препаратами, химией, а также травм на железнодорожных путях, прыжки с высоты. Попытки суицида преимущественно совершаются посредством принятия медикаментозных средств и резаных ран. Сезонные закономерности совершения самоубийств в 2013 г. показывают пики в весенние и осенние месяцы (особенно март, май, октябрь), почти все суициды совершены в вечернее или ночное время.

Анализ территориально-региональный завершённых суицидов лицами до 18 лет в 2013 г. показывает, что суициды совершаются либо вблизи центрального района края, либо в наиболее отдаленных районах края. В подавляющем большинстве случаев суицид осуществляется в сельской местности или в небольших городах с сельским ландшафтом. В 2013 г. совершено 9 завершённых женских и 14 мужских суицидов среди подростков края.

Применение статистического анализа с помощью метода Хи-квадрат критерий показало отсутствие значимых различий, что свидетельствует об отсутствии закономерных различий в частоте суицидов среди мальчиков и девочек, совершивших завершённое самоубийство в 2013 г. При $p=0,297$, $\chi^2=1,087$ показано, что достоверных различий в частотах градаций исследуемого признака не обнаружено (эмпирическое распределение не отличается от равномерного теоретического). Попытки самоубийств совершают чаще девушки-подростки. Из 46 случаев попыток самоубийства за 2013 г. 33 совершены девушками, а 13 попыток – юношами. Статистический анализ данных показывает достоверно значимое различие ($p=0,003$; $\chi^2=8,696$) между равномерным теоретическим и эмпирическим распределением частоты случаев покушения на собственную жизнь среди мальчиков и девочек подросткового возраста. Внешним фактором совершения суицида выступает материально-финансовое неблагополучие семьи, отсутствие необходимых благ для самореализации, адекватного лечения и питания, позитивной идентификации подростка с образом успешного современного молодого человека и организованной перспективы социально-психологического развития личности.

К вышеназванным факторам можно отнести отсутствие учебно-профессиональных перспектив, возможностей социальной и экономической мобильности, переключения активности, правильной организации и планирования деятельности и др. Характерно неравенство частоты самоубийств среди подростков, проживающих в городе и селе разных регионов Алтайского края ($\chi^2=9,783$ при $p=0,002$). В сельской местности подростки в 2013 г. совершили значительно больше завершённых самоубийств, чем в городской.

Таким образом, статистический анализ внешних особенностей 23 завершённых подростками случаев суицида в Алтайском крае показывает, что самоубийства чаще всего совершаются через повешение в вечернее или ночное время юношами или девушками в последних числах весенних и осенних месяцев (вторая половина месяца, особенно в 20-х числах) в возрасте 16–17 лет, проживающих в неблагополучной семье, зачастую имеющей структуру «мать-отчим», «один родитель» или «опекун». Такие семьи имеют низкий уровень материальных доходов, в основном проживают в сельской местности, в них отсутствуют возможности для социально-экономического роста. Чаще всего местом для совершения суицида в частном доме сельской местности подростки выбирают пристройки или подсобные помещения дома. Частота завершённых суицидов среди подростков до 18 лет в 2012 г. по сравнению с 2011 г. в Алтайском крае (отношение 13:18) снизилась, однако в 2013 г. резко возросло (23 случая суицида и 46 попыток самоубийства). На начало 2014 г. (с января по начало апреля) не было совершено ни одного завершённого суицида, однако имеются факты нескольких попыток сведения счетов с жизнью. Отсутствие фатальных событий на начало 2014 г. может быть объяснено случайными социальными, информационными и иными факторами, а также внедрением более целостной и продуманной психологической профилактики антивитаальной направленности поведения подростков в Алтайском крае.

Статья публикуется при поддержке гранта РНФ (14-18-01174).

ОТНОШЕНИЕ К ОТЦОВСТВУ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН И СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Узлов Н. Д.

Березниковский филиал ПГНИУ, Березники

Значение ребенка в жизни отца отражает ценностное отношение мужчины к ребенку. По мнению Т. В. Архиреевой и Е. В. Полевой (2006), понимание того, что ребенок является продолжателем рода,

желание иметь ребенка от любимого человека, любовь к ребенку означают осознанное отношение мужчин к своему родительству, которое является не средством удовлетворения каких-то дополнительных потребностей, а самостоятельной целью.

С помощью «Биографической анкеты личностно-смысловой сферы отцовства», методик «Представление о себе как отце» (ПоСкО) и «Представление о своем ребенке» (ПоСР) (автор-составитель Р. В. Манеров) обследовано две группы отцов: здоровых (32 чел. в возрасте 22–37 лет) и страдающих героиновой наркоманией (40 чел. в возрасте 20–36 лет).

Согласно данным, выявленным в ходе анкетирования, сделан вывод о том, что наркозависимые отцы стараются избежать ответственности за воспитание и содержание своего ребенка, проявляют минимум заботы о нем, затрудняются описать свои чувства и отношения к ребенку, кроме того, у них значительно снижена либо вообще отсутствует мотивация к отцовству.

Применение статистической процедуры сравнения непараметрических данных, полученных на основе методики ПоСкО с помощью критерия χ^2 , позволило обнаружить значимые различия по шкалам «Пример, авторитет для ребенка» и «Ответственность за воспитание ребенка» ($p < 0,01$), по шкале «Ответственность за содержание ребенка или семьи» ($p < 0,05$) в пользу мужчин, не употребляющих наркотики, в то время как 17 наркозависимых мужчин (42,5 %) откровенно отвергали свою отцовскую роль. Принимают ответственность за содержание ребенка и семьи в целом 29 мужчин (90,6 %), не употребляющих наркотические средства, и только 15 (37,5 %) отцов-наркозависимых ($p < 0,01$); принимают ответственность за его воспитание – 21 (65,6 %) и 5 (12 %) ($p < 0,01$); выступают в качестве примера, авторитета для ребенка соответственно 12 (37,5 %) и 2 (5 %) чел. ($p < 0,01$). Осознают себя главой семьи 3 чел. (7,5 %), любящим субъектом и защитником 12 (30 %) наркозависимых в противоположность здоровым отцам – 8 (25 %), 23 (71,8 %) и 21 чел. (65,6 %).

В сравнении представлений о ребенке получены статистически значимые различия в категориях «Наследник, продолжатель рода» ($p < 0,001$) и «Смысл моей жизни» ($p < 0,01$). Воспринимают своего ребенка как наследника 19 (59,3 %) здоровых отцов и только 1 (2,5 %) отец-наркозависимый. Смысловая значимость ребенка соотносится как 6:1 (56,2 % у здоровых и 7,5 % у наркозависимых отцов).

Данные, полученные в ходе исследования, дают основание представить обобщенную характеристику отцовской позиции в обследованных группах.

Отцы, не употребляющие наркотические средства, обладают внутренней, адекватной содержанию родительства мотивацией, о чем свидетельствуют: 1) планирование рождения ребенка; 2) ценностно-смысловое отношение к своему ребенку (отцы относятся к своему ребенку как к смыслу жизни, продолжателю рода); 3) удовлетворенность полом ребенка. Эмоциональный фон отношения мужчин к отцовству можно охарактеризовать как благоприятный, что выражается преобладанием таких чувств, как любовь к ребенку, чувство счастья, которое испытали отцы при его рождении. Позитивный характер эмоций подчеркивают также отношение к своему ребенку как к наследнику, другу, помощнику и принятие роли отца как защитника, примера, авторитета, кормильца семьи. Быть отцом для мужчин это, прежде всего, принятие ответственности: уже при первом прикосновении к своему ребенку это чувство испытали практически все отцы.

У большинства *наркозависимых отцов* отсутствует мотивация к отцовству: рождение ребенка в основном не было запланированным. Более того, некоторые из наркозависимых отцов, зная о том, что у них есть ребенок, никогда его даже не видели. Большинство отцов-наркозависимых либо не удовлетворены полом своего ребенка, либо равнодушны к тому, кто у них родился. Эмоциональные проявления отношения к отцовству наркозависимых мужчин характеризуются преобладанием негативного или равнодушного отношения к себе как к отцу и к своему ребенку. Часто у них отмечают неприятие себя как отца и неприятие своего ребенка. В отличие от здоровых отцов, отцы, страдающие наркоманией, не воспринимают своего ребенка как наследника, продолжателя рода, ребенок для них не является ни смыслом жизни, ни другом, ни помощником. Позитивное отношение отца-наркозависимого к своему ребенку проявляется лишь в виде деклараций, что он его любит. Любовь наркозависимого отца в основном выражается в уменьшительно-ласкательных прозвищах, которыми он наделяет своего ребенка. Наркозависимые отцы лишены чувства ответственности. Большинство наркозависимых отцов не только не принимают участия в воспитании ребенка, но и не помогают ему материально.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОБЩНОСТИ С НОРМАЛЬНЫМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ РЕБЕНКА

Ульянич А. Л.

Томский государственный университет, Томск

Поиск решения проблемы психологических факторов, определяющих условия «здоровой беременности», актуализирует исследовательские задачи по установлению тех факторов и механизмов их возникновения, которые определяют нарушение (естественного) физиологического процесса беременности. Рассматривая человека более целостно, исследователи показывают, что наряду с биологическими изменениями происходят преобразования беременной женщины во всех сферах ее психологического функционирования: эмоциональных состояниях, когнитивных, личностных, ценностно-смысловых образованиях, поведении, в образе жизни. Содержание этих изменений свидетельствует о том, что в сознании женщины появляется образ ребенка, отношение к нему, формируется единство, система «мать и дитя» (Е. Б. Айвазян, В. И. Брутман, О. С. Васильева, О. А. Копыл, Ю. В. Ковалева, Е. В. Могилевская; О. А. Соколова, Г. Г. Филиппова).

В психологической литературе смысл психологического единства представлен в социальной психологии в понятии «психологическая общность» (А. Л. Журавлёв, В. П. Поздняков, Л. И. Уманский). В теории развития субъективности В. И. Слободчиков (1995) вводит понятие «со-бытийной общности» и определяет его как ценностно-смысловое объединение людей, характеризующееся взаимным принятием и взаимопониманием. В рамках теории субъективности Ю. Б. Шмурак (1994) вводит понятие «пренатальной психологической общности» и определяет его как систему, ограниченную во времени зачатием и рождением и включающую в себя все связи и отношения с миром, реальные и воображаемые, в которых находится женщина, ожидающая ребенка. В рамках данного исследования «пренатальная психологическая общность» рассматривается как сложное, многоуровневое, становящееся психологическое новообразование беременной женщины, обуславливающее здоровую беременность.

На основе теоретико-методологического анализа нами была разработана интегративная исследовательская модель пренатальной психологической общности с учетом ее структурно-содержательных и процессуально-динамических характеристик.

Структура модели определяется содержанием ценностно-смыслового, эмоционального, когнитивного, физиологического и поведенческого компонентов на каждой стадии. Процессуально-динамические характеристики представлены формированием новообразований, появление которых влечет за собой изменение (трансформацию) содержания всех структурных компонентов на стадиях становления пренатальной психологической общности (Филоненко А. Л., 2012).

Исследовательскую базу составили две группы беременных женщин (n=200): одна из них представлена женщинами со здоровой беременностью – группа «норма» (n=100), вторая группа – женщинами с угрозой прерывания беременности – группа «патология» (n=100).

Методы исследования. Шкала базисных убеждений Ронни Янов-Бульман, Цветовой тест Люшера, методика «Семантического дифференциала», «Неоконченные предложения», адаптированные под задачи исследования. Специально разработанный алгоритм фокусированного интервью, проективный рисунок «Я и мой ребенок» и сочинение на тему «Моя беременность» с последующим применением контент-анализа для качественной и количественной обработки данных.

Результаты исследования. С помощью анализа частотных таблиц, дисперсионного, корреляционного и факторного анализа были выявлены достоверные различия в психологических характеристиках беременных женщин групп «норма» и «патология» по показателям, раскрывающим содержание ценностно-смыслового, эмоционального, когнитивного, поведенческого и физиологического структурных компонентов. Далее сравнение и соотношение содержания структурных компонентов интегративной исследовательской модели становления пренатальной психологической общности и структурных компонентов стадий становления общности у женщин группы «норма» позволило выделить общие показатели, которые можно квалифицировать как базовые новообразования, обуславливающие динамику становления пренатальной психологической общности. Соотнесение полученных данных с показателями групп «нормы» и «патология» позволило определить специфические особенности становления общности у женщин со здоровой беременностью и с угрозой её прерывания.

1. В норме у женщин в период беременности становление пренатальной психологической общности представлено появлением базовых новообразований на каждой стадии ее развития и соответствующим им содержанием структурных компонентов (ценностно-смыслового, эмоционального, когнитивного, поведенческого и физиологического). К базовым новообразованиям относятся: на первой стадии «кризис инобытия» (рождения) – появление самостоятельной ценности ребен-

ка, смысла заботы о своем здоровье и позитивной перспективы будущего; на второй «стадии принятия» – эмоциональное принятие ребенка в своей телесности и соответствующее этому изменение форм поведения, образа жизни; на третьей стадии «кризис фетальности» (развития) – появление ценности материнства, проявляющейся в принятии беременности во всех ее проявлениях, идентификации с ролью матери, выделении проявлений активности ребенка на уровне интрацептивных ощущений и придании им определенных значений, как проявлений субъектности ребенка; на четвертой стадии «внутриутробного младенца» (стадия освоения) – появление новых смыслов во взаимодействии с ребенком в настоящем и будущем, расширяющих пространство жизненного мира, на основе ценностей материнства.

2. У большинства беременных женщин с угрозой прерывания беременности выявлены следующие трудности становления пренатальной психологической общности: отсутствие базовых новообразований, определяющих динамику становления пренатальной психологической общности; деформация содержания компонентов на стадиях первого периода становления пренатальной психологической общности: в «кризисе инобытия» – отсутствие динамики изменения образа мира и образа жизни; на «стадии принятия» – значимость ценности собственного Я в связи с ухудшением соматического состояния (повышение тонуса вегетативной нервной системы, снижение работоспособности, отклонение физиологических показателей от аутогенной нормы).

3. Отсутствие формирования новообразований и содержания компонентов пренатальной психологической общности, соответствующего второму периоду развития (стадиям «кризис фетальности» и «внутриутробный младенец») свидетельствует об остановке в развитии пренатальной психологической общности.

4. Определены психологические факторы, негативно влияющие на трансформацию содержания структурно-уровневых компонентов пренатальной психологической общности на основных этапах ее становления: на уровне личности – гиперконтроль и гиперответственность, ригидность, недоверие к окружающему миру; на уровне состояния – ухудшение соматического статуса, на уровне социального взаимодействия – отсутствие переживания эмоциональной поддержки со стороны семьи.

Л и т е р а т у р а

1. Слободчиков В. И., Исаев Е. И. Основы психологической антропологии. Психология человека: Введение в психологию субъективности : учебное пособие для вузов. – М. : Школа-Пресс, 1995. – 384 с.
2. Филоненко (Ульянич) А. Л. Становление пренатальной психологической общности как условие здоровой беременности : автореф. дис. ... к.п.н. – Томск, 2012. – 24 с.
3. Шмурак Ю. Б. Пренатальная психологическая общность // Человек. – 1994. – № 6. – С. 24—37.

ДИНАМИКА ЦЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНЦЕ XX – НАЧАЛЕ XXI ВЕКОВ

Урываев В. А.

ГБОУ ВПО ЯГМА МЗ РФ, Ярославль

Социально-экономические изменения, произошедшие в нашей стране, безусловно, оказали формирующее воздействие на становление личности людей, живших в это непростое время. Отношение к семье, с этой точки зрения, не стало исключением.

С целью попытаться оценить характер и выраженность изменений мы провели статистическое исследование психодиагностических данных (личностного опросника Р. Кеттелла и проективного теста ММИ – «Методика мотивационной индукции» Ж. Ньюттена) у испытуемых двух групп (группы по 120 человек, юношей и девушек по 60 человек, студенты-медики, второй курс лечебного факультета ЯГМА), личность которых формировалась в различные периоды развития нашей страны.

Первая группа прошла тестовые испытания в начале 90-х гг. прошлого века. Это молодые люди, родившиеся в начале 70-х гг. и ставшие в своем развитии стандартные программы социальной защиты для детей: ясли, детсад, школа и пионерская организация. Родители имели постоянный заработок, матери – социальную поддержку (например, «молочные кухни» для матерей с малолетними детьми и др.), безработицы, по существу, не было.

Вторая группа прошла тестирование во второй половине 00-х гг. XXI века. Это молодые люди, увидевшие свет во второй половине 80-х годов прошлого века и сформировавшиеся в условия хронического социального напряжения родителей: неустойчивость заработка и наличия самого места работы, снижение места и роли дошкольных и школьных учреждений, выраженные и часто непредсказуемые социально-политические изменения и пр.

Результаты сопоставления экспериментальных выборок по критерию Манна-Уитни (мы представим только статистически значимые различия) обнаруживает разнонаправленные изменения в личностных характеристиках испытуемых.

Первая группа изменений – «интеллектуальные характеристики»: факторы В и N – не изменились, а вот «активность» мыслительных процессов – E – возросла, произошло снижение «мечтательности» – M и усилился «радикализм суждений» – Q1. Вторая группа изменений – «коммуникативные качества в широком контексте»: усилились все

факторы – А, F, H. Третья группа – «отношения в микроокружении»: G, N, Q2 – без статистически значимых различий, усилились «лидерские наклонности» (E) и усилилась «напряженность» в общении с окружающими (L). Четвертая группа – «эмоциональная реактивность» (I и O) без существенных изменений, усилился фактор C («сила Я») и уменьшился фактор O – «склонность к чувству вины». Пятая группа – «волевые качества, регуляторы поведения»: выросли три из четырех (E – активность; H – решительность, смелость; Q3 – самоконтроль); фактор G – остался без изменений. Добавим, усиление фактора C при стабильном Q4 трактуется как рост нервно-психической устойчивости.

Таким образом, поколение, прошедшее период созревания («во времена перестройки»), заявляет о себе как более активное, менее сентиментальное, более прагматичное, более ответственное (при сохранности когнитивных способностей и общей просоциальной направленности).

Со стороны качественного анализа (данные обработки ММИ) отмечаются следующие изменения: S – общий показатель «интереса с собственному Я» – снизился; SR – общий показатель «задач реализации своего Я» – повысился; R – общий показатель «намерений что-то изменить» – повысился; C – общий показатель «сферы контактов» – понизился; E – общий показатель «в сфере познавательной деятельности» – статистические не изменился (отдельные параметры – изменились разнонаправленно: E(Tw) «желание узнать как устроен мир» – повысилось; E(Tx) «размышления о справедливости» – понизились; Ec – «стремление к пониманию близких» – понизилось); T – «показатель силы трансцендентной мотивации» – понизился; L – «активность, связанная с отдыхом, развлечением, досугом» – понизилась.

Таким образом, общий характер мотивирующих ценностей смещается в сторону прагматизма: растет активность, снижаются ценности личностной рефлексии и отдыха.

На этом фоне представленность ценности семейных отношений – Cinte – со временем статистически значимо снижается ($p < 0,001$). Как мы указывали выше, выборки были идентичны по численности, поэтому мы можем продолжить анализ.

Ожидаемо, что в суммарных показателях (объединенной первой и второй выборки) юноши статистически значимо уступают девушкам в выборе темы семьи ($p < 0,01$). На этом фоне при сопоставлении «разновременных» выборок ценности семьи статистически значимо снижаются у девушек ($p < 0,001$) и юношей ($p < 0,001$), но у юношей в большей степени (у девушек падение – в 2 раза, у юношей – в 2,5 раза).

Заметим, что показатель «альтруистической активности» (Calt) – стремление помочь другим в различных формах – в выборке начала XXI века статистически значимо более высок, чем у предыдущей. Более подробный анализ обнаруживает, что прирост происходит не за счет юношей (у них нет статистики значимых различий), а за счет девушек.

Помимо того, уровень ценности отдыха (L) у юношей практически не меняется, тогда как у девушек падает не менее чем в 1,5 раза ($p < 0,001$) (здесь же заметим, что уровень ценностей отдыха у девушек в первой временной когорте был представлен выше, чем у юношей).

Таким образом, конспективный анализ полученных данных показывает, что на фоне социально-исторических изменений в обществе изменяются личностные характеристики молодежи, изменяется система ценностей. На этом фоне не может остаться неизменной ценность семьи. Для нового поколения студентов-медиков младших курсов темы семейной жизни становятся не столь актуальными, уступая ценностям самореализации и целям достижения профессиональных успехов в учебе. В большей степени эти изменения задевают (согласно данным нашего исследования) систему ценностей у девушек.

ПСИХИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ СОВЕРШИВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЯНИЯ

Черепкова Е. В., Горбатенко А. Е., Гуревич К. Г.

**ФГБУ «НИИ Физиологии и фундаментальной медицины» СО РАМН, Новосибирск
Государственный медицинский университет, Республика Казахстан
ГБОУ ВПО «Московский ГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, Москва**

Лица, совершающие противоправные действия умышленно, обычно осознают антиобщественную направленность своего поведения. Поэтому очень важным является вопрос – какие факторы обуславливают его формирование и сохранение у каждого конкретного человека? Существует много теорий развития преступного поведения, среди которых считаются основными наличие психической патологии, действие социальных, социально-психологических, биологических факторов и их комплексов. В настоящее время специалисты считают одними из важнейших генетические факторы, которые в сочетании с социальными факторами, например, фактами насилия в детстве, способствуют развитию антисоциального поведения.

В нашем исследовании рассматривались лица из категории осужденных по ряду статей Уголовного кодекса Российской Федерации: за убийство, умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, кражу, мошенничество, грабеж, разбой, вымогательство, хулиганство; незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ.

Обследованы лица мужского пола, русские, всего 87 человек, однократно и неоднократно совершавшие противоправные деяния.

Критериями исключения из исследования являлось наличие у обследуемых признаков психического эндогенного заболевания, грубого органического поражения ЦНС, олигофрении, тяжелых соматических заболеваний.

В состав методов обследования пациентов входило клинико-генеалогическое, клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое, клинико-динамическое исследования. Хронологически прослежен семейный анамнез, проведена оценка психических особенностей родителей, определено наличие зафиксированных у родителей фактов антисоциального поведения в ассоциации с девиантным поведением их детей.

По данным психиатрического обследования следует, что практически во всех случаях были выявлены критерии, которые относятся к личностным расстройствам (DSM). В числе ведущих диагностированных личностных расстройств были: антисоциальное (87 %), затем гистрионическое (63 %), далее пограничное (61 %) и пассивно-агрессивное (58 %) личностные расстройства. Нарциссическое и зависимое личностные расстройства встречались в трети наблюдений. Обсессивно-компульсивное личностное расстройство выявлялось в четверти случаев, а расстройство избегания относительно редко (12 %).

В 72 % наблюдений в анамнезе имелись родственники (различной степени родства по восходящей линии, сибсы), осужденные за противоправные деяния. При этом около 40 % обследованных воспитывались отдельно от родственника с антисоциальными наклонностями. Практически все обследованные указывали на наличие родственников, совершавших мелкие правонарушения. При детальном опросе обследованных из считающихся внешне благополучными семей выяснялись факты, что кто-либо из родителей или близких родственников совершали противоправные действия в товарно-производственной области.

Интерес представляет поведение детей, отцы которых были неоднократно судимы. По наблюдениям близких, уже в младшем возрасте у таких детей отмечалась тенденция к совершению мелких краж. В компании сверстников выявляли стремление к манипуляции другими для получения своей, пусть и сиюминутной, выгоды. Это было харак-

терно как для детей из семей с низким общим образованием, так и для более благополучных, в ряде случаев респектабельных. Не всегда это поведение корректировалось родителями, в ряде случаев такая «прагматичность» ребенка даже получала одобрение. В психическом статусе детей рассматриваемого контингента в подростковом возрасте прослеживалась общая тенденция – гедонистическая направленность поведения в половине случаев сочеталась с антиципационной несостоятельностью. Присутствовала примитивность (инстинктивность) в желаниях, импульсивность в поведении, которую некоторые могли контролировать, если последствия представляли для них прямую угрозу. Данному контингенту были присущи быстрая ориентация в коллективе и в индивидуальном межличностном контакте, хорошая способность интуитивно чувствовать особенности малознакомой личности. Однако чаще всего человек в общении рассматривался как объект для возможности извлечения какой-либо пользы, безошибочно определялось, исходит ли от него угроза. Соответственно, им была присуща способность максимально выгодно перестраивать свое поведение в отношениях с другими людьми, при этом общий уровень развития мог быть низким. В коллективе представители данного контингента отличались лживостью, патологическим фантазированием, в отношениях с взрослыми – повышенной конфликтностью, нежеланием подчиняться и следовать нормативным правилам. Наблюдался активный интерес к старшим подросткам с криминальным поведением, стремление попасть в их компанию. Подростки не могут точно идентифицировать, что побуждает их совершать антисоциальные поступки: общение с делинквентным контингентом или их собственное желание.

Для психического статуса молодых людей с криминальным поведением характерны симптомы личностных расстройств. Очень высока встречаемость симптомов антисоциального расстройства – около 50 % случаев. Затем по частоте встречаемости идут симптомы, образующие гистрионическое и обсессивно-компульсивное личностные расстройства, которые наблюдались в четверти случаев. Признаки, формирующие пограничное, нарцисстическое и пассивно-агрессивное расстройства, встречаются реже (17, 21 и 20 % наблюдений соответственно), еще реже – избегания (7 %). Симптомы зависимого личностного расстройства в данной группе представлены менее чем в 2 % случаев. По мере взросления антисоциальная направленность личности становится более выраженной. Более четкой становится дифференциация совершаемых правонарушений. Молодые люди из маргинальных слоев чаще совершают кражи, разбойные нападения, нанесение тяжких телесных повреждений и убийства, которые зачастую носят импульсивный ха-

рактер. У подростков из благополучных семей противоправные деяния носят более продуманный характер, а насильственные преступления не имеют спонтанного характера.

В целом можно сделать вывод, что вероятно наличие наследуемой склонности к антисоциальному поведению, реализующейся через характерные для данного контингента психические расстройства. Классический средовый фактор, такой как неблагоприятное социальное воздействие, не всегда является обязательным. Полученные данные солидаризуются с результатами крупномасштабных исследований, проведенных с помощью близнецовых методов и на приемных детях, которые свидетельствуют о склонности к сознательному совершению преступлений, как наследственному признаку. Существуют серьезные исследования, где убедительно показано, что среди совершивших уголовные преступления имеется повышенное относительно общепопуляционных показателей число лиц, обладающих однородными личностными особенностями, в которых ведущими являются, согласно имеющимся классификациям, импульсивность, агрессивность, асоциальность, гиперчувствительность к межличностным отношениям, отчуждение и плохая социальная приспособляемость. Указано, что данные психологические черты не в равной мере присущи различным категориям лиц, совершивших уголовно наказуемые деяния. По нашему мнению, у контингента с криминальными наклонностями не всегда присутствуют считающиеся классическими отчужденность, снижение социальной приспособленности и т. п. Данные лица могут вполне сочетать активную социальную позицию и совершать действия, подпадающие под конкретные статьи Уголовного кодекса РФ.

Работа выполнена в рамках гранта Президента РФ МД 1401.2014.7 и гранта Правительства Новосибирской области на проведение прикладных научных исследований № ОН-14-25.

ОТНОШЕНИЕ К ТЕЛУ У ДЕВУШЕК С РАЗНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФЕМИННОСТИ

Чикурова Е. И.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

В настоящее время тело женщины привлекает особое внимание со стороны культуры, что находит свое отражение на уровне индивидуального сознания женщины в высокой значимости и актуальности проблемы отношения к себе на телесном уровне. Это подтверждается озабоченностью и недовольством женщины по отношению к собственно-

му телу, усилением стремления к самовыражению с его помощью, возрастанием частоты психосоматических расстройств, низким уровнем заботы о физическом благополучии, широким применением различных методов коррекции своего внешнего вида.

Телесный опыт женщины (сексуальность, беременность и рождение детей) во многом связан с конструированием женской идентичности. Наше исследование показало взаимовлияние представлений девушек о своем телесном образе и ценности для них семьи и материнства.

Цель исследования: выявление особенностей отношения к телу у девушек с разными показателями феминности.

Материал и методы. Осуществлено изучение особенностей феминности девушек и типов отношения к телу на выборке 112 студенток дневного отделения факультета психологии СПбГУ. Измерялись следующие показатели: типы отношения к телу (методика «Мое отношение к своему телу» [Е. Б. Станковская], Опросник «Я – мужчина/женщина...» [Л. Н. Ожигова]).

Общая гипотеза: тип отношения к телу связан с показателями феминности.

Интерпретируя методику «Мое отношение к своему телу», мы оценивали следующие выделенные автором шкалы показатели: мера выраженности отчужденного, мера выраженности контролирующего, мера выраженности бережного и мера выраженности развивающего отношения к телу.

По результатам контент-анализа (на базе модифицированного варианта опросника Л. Н. Ожиговой) к категории феминных показателей (Самоопределение в категории феминности) мы отнесли следующие показатели: 1) биологический фактор; 2) гендерный фактор; 3) ценность семьи и материнства.

Биологический фактор выявлен у 63 % девушек, которые подчеркивали: «Я – женщина, потому что родилась такой и эта моя сущность, мои хромосомы». Гендерный фактор, представляющий интерес для нашего исследования, выявлен у 45 % девушек, которые утверждали: «Я – женщина, потому что я могу иметь детей; потому что я мягкая, нежная, хрупкая, я себя внутренне так ощущаю; я чувствительная и преданная; я слишком эмоциональная и ранимая; мне хочется быть женщиной; люблю готовить и готова вести домашнее хозяйство».

Сфера ценностей (целей) в выборке девушек включала прежде всего показатели, связанные с семьей и материнством (45 % респондентов). Встречались следующие высказывания: «Я – женщина и хочу замуж!; хочу заботливого мужа; быть замужем; хочу, чтобы рядом со мной находился сильный мужчина; хочу крепкую большую семью, дом

с большой кухней; в будущем хочу детей; хочу семейного тепла». Таким образом, полученные данные отражают наличие традиционных семейных ориентаций лишь у каждой второй респондентки.

В ходе статистического анализа выявлена положительная взаимосвязь представлений девушек о себе в категориях феминности с бережным и развивающим отношением к телу. Оказалось, что девушки, выбиравшие высказывание из сферы гендерного фактора («феминные девушки»), обладали более высокими показателями по шкале развивающего отношения к телу, чем девушки, которые данное высказывание не выбирали ($t=2,2$, $p<0,05$). В отношении шкалы бережного отношения к телу значимых различий не обнаружено. Такие девушки склонны заботиться о продлении молодости, следить за физическим самочувствием, беречь себя, следовать режиму. Для феминных девушек телесная сфера представляет субъективную значимость. Девушки ориентированы на развитие телесных возможностей. Отношение к телу характеризуется приятными переживаниями, позитивным локусом ощущений.

Несмотря на перемены, в современной России остаются традиционными установки девушек на ценность семьи и материнства. Полученные статистически достоверные результаты подтверждают общую гипотезу исследования о связи типа отношения к телу с показателями феминности.

Исследование выполнено при поддержке РГНФ, проект № 13-06-00131а.

Л и т е р а т у р а

1. Буракова М. В. Интерпретация маскулинности — феминности внешнего облика женщины (на примере прически) : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. — Ростов н/Д, 2000.
2. Ожигова Л. Н. Психология гендерной идентичности личности. — Краснодар : Кубанский государственный университет, 2006. — 290 с.
3. Станковская Е. Б. Структура и типы отношения женщины к себе в аспекте телесности : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. — М., 2011.

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ, ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ

Чухрова М. Г.

ФГБОУ ВПО «Новосибирский ГПУ», Новосибирск

Отклоняющееся поведение имеет сложную природу, обусловленную самыми разнообразными факторами, находящимися в сложном взаимодействии и взаимовлиянии: наследственности, среды, воспитания, этнокультуральных особенностей. Это любое отклонение от соци-

альных норм. Девиантное поведение молодежи в современных условиях носит преимущественно негативный характер. Особенно необходимо отметить неблагоприятную динамику аддиктивных форм поведения (алкоголизм, наркомании, табакокурение, токсикомании) и их последствия, суицидального поведения, проявлений делинквентности, мелкого хулиганства, сквернословия. При этом не наблюдается положительной корреляции между материальным достатком и социальным положением родителей. Существенным признаком отклоняющегося поведения является конфликт, противоречие между существующими нормами морали и права и неумением, нежеланием или неспособностью молодого человека их соответствующим образом выполнять. Выделение предикторов девиантного поведения в отдельные группы является в известной степени условным, поскольку они находятся в тесном взаимодействии, обуславливают друг друга и в результате создают новое качественное образование – асоциальное поведение, например, употребление им психоактивных веществ, в частности табака, алкоголя, наркотиков, как способ борьбы с непримиримыми противоречиями. Проблема потребления молодежью ПАВ в структуре девиантного поведения со всеми вытекающими последствиями не теряет своей актуальности, несмотря на совместные усилия педагогов, психологов, врачей-наркологов и социальных работников.

Вне сомнения, что культура, как система ценностей, формируется в процессе социализации личности во всех социальных институтах, однако семья имеет определяющее значение. Формирование личностной сферы ребенка происходит в семье. Роль семейной среды особенно велика в раннем детстве, дошкольном и младшем школьном возрастах, когда осознанно и неосознанно, намеренно и ненамеренно родители закладывают детям то или иное отношение к различным ценностям жизни, материальным и духовным, влияют на их выбор того или иного стиля поведения. С психологической точки зрения, воспитание в семье представляет собой активное и целенаправленное руководство формированием личности, превращение внешних требований в её собственные. Ребенок усваивает нравственный образец только в том случае, если он поставлен в ситуацию практического совершения нравственного поступка, он неосознанно выбирает пример для подражания в деятельности, вначале в игре, затем в учении, труде. В недрах игры появляются мотивы учения, познавательного интереса, склонности и, наконец, сознательный выбор. Психологические проблемы детства накладывают отпечаток на всю дальнейшую жизнь человека.

Подростковый возраст – это период, когда происходит поиск смысла своего существования – главной потребности человеческой души, стержень, вокруг которого формируется индивидуальность. Семья и взаимоотношения в семье в этот период имеет определяющее значение. Семья рассматривается как целостный организм. Девиантное и аддиктивное поведение детей и подростков – это болезнь семьи, причина этой болезни кроется в дисфункциональности семьи, как бы ни хотелось обвинить в своих проблемах социум, общество и государство. Глубокая причина наркотической эпидемии, разразившейся в России, заключается в уменьшении значимости института семьи не только в культурной парадигме общества, но и в обыденном сознании. Одиночество, которое испытывает ребенок в семье. Родителей заменяют электронные средства массовой информации, становясь важнейшим институтом формирования духовного мира, культурных ценностей, установок, стиля и образа жизни. При анализе информации, которую поглощает посредством СМИ основное количество детей и подростков, можно констатировать, что навязывается следующий стереотип: безответственность как за себя и свои поступки, так и за события, происходящие в обществе; сугубо прагматическая мотивация поведения, направленная на получение удовольствий любой ценой; жизнь «сегодняшним днем», безнравственность. Все это можно охарактеризовать как духовный вакуум, пустота. Пустота души, незаполненность внутренним смыслом, отсутствие любви и интереса со стороны родителей лишают ребенка самоуважения, делают его зависимым от случайных компаний. Еще более обостряется ситуация, если подросток становится наркоманом. Дисфункциональная семья, которая, по сути, спровоцировала его болезнь, оказывается бессильной перед этой проблемой, испытывает отчаяние и чувство безысходности.

Проведены скрининговые обследования студентов нескольких вузов Новосибирска и Кемерово, более 1500 человек, с целью изучения потребления никотина, алкоголя, наркотиков, их физической активности, выявления роли семьи в инициации потребления ПАВ и формировании привычки к здоровому образу жизни. Опрос анонимный.

Анализ материалов показал, что в целом причинами потребления табака и алкоголя среди молодежи являются следующие явления, которые и должны быть мишенями профилактической работы: 1) относительно низкий уровень информированности о вреде потребления ПАВ, отсутствие навыков здорового образа жизни и адекватной физической активности; 2) незавершенный процесс формирования личности; 3) отрицательные влияния семьи и окружения; 4) зависимость подростков от требований группы и принятых в ней ценностных ориентаций.

Конечно, необходимо учитывать индивидуальные биологические, психологические и педагогические факторы, в разработке профилактических и коррекционных программ следует придерживаться комплексного характера, не исключая индивидуально-психологическую специфику. Одинаково важную роль играют как влияния на уровне психо-биологических предпосылок девиантного поведения, которые затрудняют социальную и психологическую адаптацию индивида, так и дефекты семейного воспитания, в том числе неблагоприятные особенности взаимодействия индивида со своим ближайшим окружением в семье, на улице, в коллективе, что, прежде всего, проявляется в активно-избирательном отношении подростка к предпочитаемой среде общения, к нормам и ценностям своего окружения.

Как показал анализ, курение одного родителя в 68 % обуславливает курение ребенка, курение обоих родителей совпадает с курением уже 90 % детей. В некурящих семьях дети курят в 23 % случаев. Приобщение детей к сигаретам начинается в среднем с 12 лет, в некоторых случаях даже ранее. Приобщение к алкоголю начинается уже в 9–10 лет. В семьях, где родители страдают тяжёлыми формами алкоголизма, дети, чаще девочки, вследствие перенесённых психологических травм довольно часто вообще не переносят алкоголь и в своей дальнейшей жизни держатся от него на расстоянии. Это единственный положительный момент в данной ситуации. Однако в мужья они выбирают склонного к алкоголизму и становятся созависимыми. Рассматриваются гендерные аспекты мотивации потребления ПАВ, которые позволяют формировать дифференцированные программы профилактики, в зависимости от психосоциального пола респондентов.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Языкова И. М.

ГБУЗ СО «Свердловская ОКПБ», Екатеринбург

На базе геронтопсихиатрического отделения ГБУЗ СО «СОКПБ» проводилось исследование нарушений пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями.

В группе исследования с нарушениями пищевого поведения наблюдалось 106 участников (15 мужчин и 91 женщина) с установленным диагнозом «Деменция...» (вероятная нозологическая принадлеж-

ность деменции по МКБ-10 соответствовала рубрикам: F00.0, F00.1, F00.2, F01, F02), средний возраст участников составил 79,0 (73,0 – 83,25) года. Предположительная давность заболевания (согласно медицинской документации, сведениям, полученным от ухаживающих – информантов) в 2,8 % случаев – до 1 года, от 1 года до 10 лет – в 84,9 %, более 10 лет – в 12,3 %. Тяжесть когнитивного снижения оценивалась по шкалам MMSE (средний балл по MMSE составил 11,0 (3,0 – 15,0), что соответствует деменции умеренной степени выраженности) и CDR (средний балл по CDR составил 2,33).

Дизайн исследования предусматривал оценку клинико-динамических характеристик пациентов при включении в исследование и в динамике через 6 месяцев.

В динамике через 6 месяцев наблюдались 54 пациента из основной группы (50,9 %) и 20 пациентов из группы сравнения (40,0 %).

Количество участников исследования с нарушениями пищевого поведения, выбывших из-под наблюдения по причине летального исхода, последовавшего в течение 6 месяцев после включения в исследование, о чем информантами были предоставлены сведения, составило 15 человек (14,2 %). 37 наблюдаемых лиц основной группы (34,9 %) через 6 месяцев после начала наблюдения не попадали в поле зрения по иным причинам. Из группы сравнения по причине летального исхода, последовавшего в течение 6 месяцев после включения в исследование, выбыл 1 пациент (2,0 %), сведений о 29 пациентах (58,0 %) не было.

Соотношение удельного веса различных степеней тяжести деменции у пациентов в обеих группах на момент включения в исследование и у наблюдаемых в динамике через 6 месяцев достоверно не различалось, но в обеих группах исследования наблюдалось нарастание тяжести когнитивных расстройств в динамике – увеличение доли лиц с тяжелой деменцией. Сравнительная оценка других факторов predisпозиции (вероятная нозологическая принадлежность деменции, предполагаемая давность тяжелого когнитивного расстройства, сопутствующая неврологическая патология, характеристики микросоциальной среды) наблюдаемых лиц обеих групп при включении в исследование и в динамике через 6 месяцев не выявила достоверных различий.

При включении в исследование у 54 участников основной группы, которые продолжили наблюдение в динамике, нарушения пищевого поведения по типу «повышенного аппетита»/гиперфагии выявлялись в 31,5 % случаев, «сниженный аппетит»/отказы от пищи – в 68,5 %, искажение пищевого поведения – у 38,9 % пациентов. Через 6 месяцев после включения в исследование у 13 пациентов (24,1 %) основной группы пищевое поведение было нормальным.

Из 41 участника основной группы с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения в динамике 41,5 % наблюдались с «повышенным аппетитом»/гиперфагией, у 58,5 % выявлялся «сниженный аппетит»/отказы от пищи, с искажением пищевого поведения наблюдалось 26,8 % пациентов. Изменение типа нарушений пищевого поведения в динамике наблюдалось в 1 случае, когда при включении в исследование наблюдался «сниженный аппетит»/отказы от пищи на фоне спутанности сознания, явлений вербальной и физической агрессии. В динамике по мере нормализации уровня сознания и редукции поведенческих и психопатологических симптомов нарушения пищевого поведения были представлены «повышенным аппетитом»/гиперфагией.

В группе пациентов с сохраняющимися через 6 месяцев нарушениями пищевого поведения на этапе включения в исследование достоверно чаще наблюдалась отрицательная динамика нарушений пищевого поведения, чем у лиц с нормализовавшимся пищевым поведением (36,6 и 7,7 % соответственно).

У 41,4 % пациентов нарушения пищевого поведения через 6 месяцев выявлялись в тех случаях, когда на этапе включения в исследование наблюдалась их положительная динамика.

Таким образом, нарушения пищевого поведения являются стойким дезадаптирующим клиническим феноменом при поздних деменциях, требующим дальнейшего изучения и разработки терапевтических подходов.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ, И ЕЕ СВЯЗЬ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕКУЩЕЙ ДЕПРЕССИИ

Яковлева А. Л., Симуткин Г. Г.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Исследования качества жизни и социальной адаптации при различных психических расстройствах и степень улучшения этих показателей в ходе терапии являются предметом многочисленных исследований (Куприянова И. Е., 2001; Суровцева А. К., 2005; Семке В. Я.; Куприянова И. Е., 2007; Семке А. В., 2009).

Вопросы социальной адаптации и качества жизни в приложении к случаям коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) изучены достаточно мало.

Большая часть литературы по проблеме отношения между депрессией и функционированием, социальной адаптацией игнорирует РЛ. Так, ни в известной работе L. L. Judd et al. (2000) (10 летнее исследование пациентов с депрессией), ни в работах J. Ormel et al. (1993, 1994) (исследование депрессии и тревоги в сети первичной медицинской помощи в течение 3,5 лет) не учитывается потенциальное воздействие РЛ на психосоциальные функции пациентов с АР. Тем не менее результаты современных исследований показывают, что пациенты с большим депрессивным расстройством и наличием личностной психопатологии имеют больше нарушений в функционировании. При этом РЛ является независимым фактором снижения социального функционирования у пациентов с АР (Skodol A. E. et al., 2005). Плохое социальное функционирование при РЛ, вероятно, способно генерировать отрицательные события в жизни, которые затем могут predisполагать к депрессивным эпизодам у соответствующих уязвимых индивидуумов. (Klerman G. L. et al., 1984).

Отдельные исследования показали более низкие показатели качества жизни, социального функционирования при АР, коморбидных с РЛ, чем в случае «чистых» АР (Markowitz J. C. et al., 2007).

Цель настоящего исследования заключалась в оценке влияния коморбидности АР и РЛ на уровень субъективно оцениваемой социальной адаптации, а также взаимосвязи показателей социальной адаптации и степени тяжести текущего депрессивного эпизода у соответствующих пациентов.

Материал и методы. В исследование было включено 50 пациентов (30 женщин в среднем возрасте $32,8 \pm 9,8$ года и 20 мужчин в среднем возрасте $29,2 \pm 8,1$ года) с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках единственного ДЭ – 20 человек, рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) – 20 человек и БАР – 10 человек.

Общая группа пациентов была разделена на две группы. Первая группа (25 человек, из них 15 женщин и 10 мужчин) состояла из пациентов с АР, коморбидными с РЛ, – основная группа; вторая группа (25 человек, из них 15 женщин и 10 мужчин) с АР без коморбидного РЛ – группа сравнения. Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре ($p > 0,05$). При этом как в основной группе (60 % – 15 человек), так и в группе сравнения (60 % – 15 человек) преобладали женщины ($p < 0,05$). РЛ в первой подгруппе были представлены в 92 % ($n=23$) случаев диагнозом: смешанное РЛ (F61.0), в 4 % случаев ($n=1$) диагнозом пограничное РЛ (F60.31), в 4 % случаев ($n=1$) диагнозом истерическое РЛ (F60.4).

Определение уровня социальной адаптации осуществлялось с помощью шкалы самооценки социальной адаптации (Social Adaptation Self-evaluation Scale – SASS, Bosc M. et al., 1997), которая, являясь дополнительным стандартизированным инструментом в комплексной оценке тяжести депрессии, позволяла оценить степень нарушения социального функционирования пациентов в разных сферах жизнедеятельности.

Оценка тяжести текущего ДЭ производилась с помощью шкалы SIGH-SAD (Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version [Williams J. et al., 1992]). Кроме того, для оценки тяжести текущего ДЭ использовалась шкала CGI-S (The Clinical Global Impression – Severity scale). Для субъективной оценки степени тяжести депрессии использовалась шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI).

Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v. 8.0.

Результаты исследования. Субъективная оценка уровня социальной адаптации пациентов соответствующих групп с помощью шкалы SASS выявила более низкий средний суммарный балл по данной шкале в группе пациентов с АР, коморбидными с РЛ, по сравнению с пациентами с АР без коморбидности с РЛ ($31,9 \pm 7,0$ и $38,2 \pm 6,4$ балла соответственно, $p < 0,001$), что свидетельствует о затрудненной социальной адаптации именно в случае коморбидности АР и РЛ.

При оценке тяжести текущего ДЭ средний суммарный балл по шкале SIGH-SAD до начала терапии в основной группе составил $31,2 \pm 8,2$ балла, а в группе сравнения – $25,2 \pm 7,5$ балла ($p < 0,001$), что указывает на большую тяжесть текущего депрессивного эпизода в группе пациентов с коморбидным РЛ. Показатели по шкале депрессии Бека в основной группе и в группе сравнения составили соответственно $27,1 \pm 11,5$ и $23,8 \pm 7,9$ балла ($p < 0,07$), что также свидетельствует о том, что пациенты, имеющие коморбидность АР и РЛ, субъективно оценивают текущую депрессию как более тяжелую, чем пациенты с АР без наличия коморбидности с РЛ.

Сравнительная оценка тяжести психических расстройств по шкале CGI-S также выявила большую выраженность тяжести психического расстройства у пациентов основной группы, чем в группе сравнения (соответственно $4,5 \pm 0,7$ и $4,2 \pm 0,6$ балла, $p < 0,05$).

Корреляционный анализ по Спирмену показал, что как в основной группе, так и в группе сравнения отмечались статистически значимые ($p < 0,05$) корреляционные взаимосвязи между показателями SASS и SIGH-SAD (соответственно $r_s = -0,35$ и $r_s = -0,42$, при межгрупповом

сравнении $p > 0,05$), а также между показателями шкалы депрессии Бека (соответственно $r_s = -0,43$ и $r_s = -0,31$, при межгрупповом сравнении $p > 0,05$) и показателями по шкале CGI-S (соответственно $r_s = -0,29$ и $r_s = -0,24$, при межгрупповом сравнении $p > 0,05$).

Заключение и выводы. Таким образом, полученные результаты исследования показали, что наличие коморбидности АР и РЛ усиливает негативную оценку уровня своей социальной адаптации соответствующими пациентами, обуславливает большую тяжесть текущего ДЭ в сравнении с соответствующими показателями в случае АР без наличия коморбидного РЛ. Результаты корреляционного анализа по Спирмену подтверждают негативное влияние тяжести текущей депрессии на субъективную оценку уровня социальной адаптации у соответствующих пациентов, при этом это влияние несколько более выражено именно в случае коморбидности АР и РЛ, чем в случае «чистых» АР. Данные результаты могут быть полезны при разработке персонализированных лечебно-реабилитационных программ, определении основных направлений психотерапевтической и социальной работы в случае коморбидности АР и РЛ.

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ ОБУЧАЮЩИХСЯ СРЕДНЕГО ЗВЕНА ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Яппарова Т. В.¹, Семененко Е. М.¹, Прокопьева В. Д.²

¹ МБОУ «СОШ № 198», Северск

² ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Согласно Концепции демографической политики России на период до 2025 г., приоритетными задачами являются сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни. Уполномоченный по правам ребенка П. А. Астахов в открытом письме № 12_0707-2013 от 09.07.2013, обращенном к педагогическому сообществу, отметил, что приоритетом современной государственной политики России являются охрана и защита семьи, семейных ценностей и традиций, как основы основ российского общества и государства, сохранение и приумножение здоровья детей, обеспечение их гармоничного развития, продвижение в регионах здоровьесберегающих технологий. Он призвал педагогов образовательных учреждений принять активное участие в организации и проведении мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни.

Для решения столь важной проблемы, какой является проблема воспитания здорового ребенка, необходима целенаправленная и систематически спланированная работа в течение длительного срока. Еще в 2009 г., будучи Председателем комитета по социальной политике и здравоохранению, В. А. Петренко представила на заседании Совета Федераций доклад «Положение детей в Российской Федерации (Национальный приоритет – охрана здоровья ребенка)», в котором отметила наиболее значимое ухудшение состояния здоровья детей в возрасте от 7 до 17 лет, т. е. в период обучения в различных образовательных учреждениях. Именно в школьный период формируется здоровье человека на всю последующую жизнь. Поэтому совершенно очевидно, что именно здоровье ребенка следует рассматривать как главное богатство нации.

Для разработки профилактических мероприятий по сохранению и укреплению здоровья детей и подростков было важно проанализировать отношение школьников к такому ключевому понятию, как «здоровый образ жизни» (ЗОЖ). В этой связи было проведено исследование, в котором сравнили отношение к показателям, характеризующим здоровый образ жизни, у школьников 5-х и 9-х классов одной из общеобразовательных школ Томской области.

Данное исследование в форме анкетирования проводили на базе МБОУ «СОШ № 198» г. Северска. В исследовании принимали участие 119 обучающихся. Из них 64 человека – ученики 5-х классов (11–12 лет) и 55 человек – ученики 9-х классов (15–16 лет). Всем участникам исследования было предложено ответить на 25 вопросов, касающихся компонентов (составных элементов) ЗОЖ.

Результаты обработки полученных ответов школьников на предложенную анкету, включающую вопросы об отношении к здоровому образу жизни, представлены в таблице.

Как видно из таблицы, отношение к здоровому образу жизни у учеников 5-х и 9-х классов отличается.

Важно отметить, что учащиеся 9-х классов имеют более полное представление о ЗОЖ по сравнению с пятиклассниками, поскольку на первый вопрос «Из чего складывается ЗОЖ?» (при этом предлагалось дать развернутый ответ в свободной форме) ответ сформулировали 40,0 % девятиклассников и лишь 9,4 % учащихся 5-х классов. При этом, несмотря на свою осведомленность, девятиклассники в меньшей степени выполняют условия, необходимые для сохранения и укрепления своего здоровья. Это заключение следует из анализа изменения процента учащихся 9-х классов относительно учащихся 5-х классов, соблюдающих ЗОЖ.

Как видно из приведенной ниже таблицы, процент участников исследования, которые соблюдают условия, способствующие здоровому образу жизни, в 9-х классах был ниже, чем в 5-х классах, причем практически по всем показателям.

Т а б л и ц а

Сравнение отношения к ЗОЖ обучающихся 5-х и 9-х классов

Показатель	5-й класс		9-й класс		Рост (↑)/снижение (↓) процента учащихся 9-х классов относительно 5-х классов, соблюдающих ЗОЖ
	абс.	%	абс.	%	
	64	100	55	100	
Развернутые ответы на вопрос «Из чего складывается ЗОЖ»?	6	9,4	22	40,0	+30,6 (↑)
Ежедневно завтракают перед уходом в школу	41	64,1	26	47,3	-16,8 (↓)
Более 3 раз в день имеют полноценный прием пищи	20	31,3	9	16,4	-14,9 (↓)
Каждый день едят суп	20	31,3	7	12,7	-18,6 (↓)
Употребляют в пищу рыбу 1-2 раза в неделю	11	17,2	9	16,4	-0,8 (↓)
Считают свой вес нормальным	48	75,0	36	65,5	-9,5 (↓)
Чистят зубы 2 раза в день	41	64,1	31	56,4	-7,7 (↓)
Моют руки перед каждым приемом пищи	46	71,9	35	63,6	-8,3 (↓)
Всегда одеваются по погоде	53	82,8	36	65,5	-17,3 (↓)
Ежедневно делают утреннюю зарядку	18	28,1	4	7,3	-20,8 (↓)
Посещают спортивную секцию больше года	41	64,1	16	29,1	-35,0 (↓)
Занимаются закаливанием	17	26,6	7	12,7	-13,9 (↓)
Не болели больше одного года	19	29,7	4	7,3	-22,4 (↓)
Не курят и не пробовали	56	87,5	27	49,1	-38,4 (↓)
Не пробовали спиртные напитки	37	57,8	16	29,1	-28,7 (↓)
Образ жизни в семье называют здоровым	36	56,3	20	36,4	-19,9 (↓)
Родители стараются сформировать привычку к ЗОЖ	54	84,4	30	54,5	-29,9 (↓)
Собираются придерживаться здорового образа жизни в дальнейшем	38	59,4	15	27,3	-32,1 (↓)

Таким образом, взрослея, школьники (начиная с 9-го класса) становятся более информированными об основных факторах здорового образа жизни, знают об их преимуществах, но при этом в меньшей степени, чем пятиклассники, соблюдают принципы здорового образа жизни. В этой связи необходимо дальнейшее исследование причин сложившейся ситуации с последующей разработкой профилактических мероприятий по ее преодолению.

СТАТУС СЕМЬИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ, КОМИССОВАННЫХ ИЗ АРМИИ С ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Яценко К. О.

ГКУЗ КО «Кемеровская ОКПБ», Кемерово

Кризис семьи задолго, за несколько десятилетий, предрекает социальные деструктивные тенденции в обществе, и исторические процессы, происходящие в России, не являются исключением из правил. Это подтверждено многими исследователями, занимающимися вопросами семьи (Яценко О. К., 1999; Агарков С. Т., Кащенко Е. А., 2010; Щеглов Л. М., 2013; Vicki Madden, 1999; Nigel Field et al., 2013).

Влияние семьи для личности может иметь определенный характер, тем более в тех случаях, если личность аномальная (Бохан Н. А., Митрофанов И. М., Черепкова Е. В., 2011). Вопрос о статусе семьи военнослужащих, комиссованных из армии с эмоционально неустойчивым расстройством личности, значение семьи для ресоциализации и реадaptации актуален (Солохина Л. В, Акимов И. В., 2011). Исследование этого вопроса явилось **целью** настоящего исследования.

Нами обследовано 57 военнослужащих, комиссованных из армии с эмоционально неустойчивым расстройством личности (F60.3) по ст. 18 и поступивших в отделение повторно. Средний возраст пациентов составил $19,3 \pm 1,3$ года. Катамнез наблюдения – $2,5 \pm 3,5$ года.

Методами исследования были клинический, клинико-психологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический. Использован «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» под редакцией И. Я. Гуровича и А. Б. Шмуклера (1998). Также проводились беседы с родственниками пациентов, оценивалось их отношение к ситуации.

Результаты и обсуждение. При исследовании микросоциального (семейного) статуса пациентов выявлено следующее.

Т а б л и ц а

Микросоциальный (семейный) статус обследованных военнослужащих

Показатель	абс.	%
В браке (своя семья)	10	17,5
В браке (своя семья, протекция родителей)	21	36,8
В родительской семье	16	28,1
Один (связь с родственниками сохранена)	5	8,8
Один (связь с родственниками утрачена)	3	5,3
Временное пребывание в приюте	2	3,5
Всего	57	100,0

Как видно из приведенных данных, большинство бывших военно-служащих проживали в семье (47 чел. – 82,4 %), что говорит о достаточно высоком уровне социализации. Частично повторное поступление в стационар можно объяснить тем, что сама госпитализация в большинстве случаев была санкционирована родственниками, заинтересованными в дальнейшей судьбе пациента. На момент обследования в браке состояло 10 (17,5 %) пациентов, проживающих отдельно от родителей. 21 (36,8 %) человек из числа проживающих в браке при этом имели существенную протекцию со стороны родителей. Многие проживали в одном доме с родителями или были соседями, жили в одном районе, населенном пункте. Проживали в родительской семье 16 чел. (28,1 %), что имело не только благотворный, но в ряде случаев и деструктивный характер. Часть больных проживали вне семьи – отверженные или потеряли родственников – 10 (17,6 %).

Следует отметить, что нахождение в семье не всегда, как может показаться с первого взгляда, имеет саногенный, компенсирующий эффект для личности, несмотря на большую вовлеченность родственников в процесс лечения и реабилитации социальной адаптации бывших военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности.

Л и т е р а т у р а

1. Азарков С. Т., Кащенко Е. А. Сексуальность цивилизаций: социогенез сексуальности : учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии» . – Воронеж : ИПЦ «Научная книга», 2010. – 500 с.
2. Яценко О. К. Сексуальное здоровье человека на рубеже веков // Материалы международной конференции. – М., 1999. – С. 34—35.
3. Щеглов Л. М. Homo Eroticus // Психотерапия. – 2013. – № 6. – С. 23—24.
4. Vicki Madden UK government announces sex health strategy // B. M. J. – 1999. – Apr. 3. – Vol. 318 (7188). – P. 894.
5. Nigel Field et al. Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) // Lancet. 2013. – Nov. 30. – Vol. 382 (9907). – P. 1830—1844.
6. Бохан Н. А., Митрофанов И. М., Черепкова Е. В. Патогенетическая значимость полиморфизма ряда генов нейромедиаторной системы, ассоциированных с личностными расстройствами, при наркотизации // Наркология. – 2011. – № 3. – С. 64—68.
7. Солохина Л. В., Акимов И. В. Современные проблемы ведомственной медицины и их влияние на военную семью // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 113—117.
8. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 35—40.

Содержание

Бохан Н. А., Гуткевич Е. В. Предисловие. ТРАНСФОРМАЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ	5
Асютина О. Н., Корке Е. В., Сырямкина Е. Г. (Томск) СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ВОСПИТАННИКОВ ТОМСКИХ ДЕТСКИХ ДОМОВ К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ	10
Бородюк Ю. Н., Дмитриева Е. Г. (Томск) АДАПТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	13
Бохан Т. Г. (Томск) ПРОБЛЕМА СОЦИОГЕНЕЗА СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ	16
Васильева Н. А. (Томск) ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В МОЛОДЫХ СЕМЬЯХ	19
Воеводин И. В. (Томск) «ТОЛЕРАНТНОЕ» МЫШЛЕНИЕ КАК ИРРАЦИОНАЛЬНАЯ КОГНИТИВНАЯ УСТАНОВКА (КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА ПОДДЕРЖКУ ИНСТИТУТА ТРАДИЦИОННОЙ СЕМЬИ)	21
Ворсина О. П. (Иркутск) РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	24
Гильбурд О. А. (Сургут) НЕВЕРБАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ ОТНОШЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ К БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ	32
Гусев С. И. (Кемерово) ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ПРОФИЛАКТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	35
Евстифеева А. А., Емельянова А. З., Магденко О. В. (Новосибирск) ИССЛЕДОВАНИЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОРА, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕГО ЗДОРОВЬЕ РОЖЕНИЦЫ	39
Емельянова А. З., Магденко О. В. (Новосибирск) ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЖЕНЩИН НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ	42
Залевский Г. В., Костарев В. В., Кожевников В. Н., Кожевникова Т. А. (Томск, Красноярск) ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ СЕМЕЙНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕСС РАСТОРЖЕНИЯ БРАКА	45
Игнатова Ю. А., Соловьев А. Г., Новикова И. А. (Архангельск) ТРЕВОЖНЫЕ РАСТРОЙСТВА: АКТУАЛЬНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ	48
Казенных Т. В. (Томск) ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	50
Каткова М. Н. (Томск) КОПИНГ-МЕХАНИЗМЫ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ	54

Колдаева О. С., Магденко О. В. (Новосибирск) ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ УТРАТЫ	57
Колесникова А. М., Мамышева Н. Л., Балашов П. П. (Томск) ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	60
Конева Е. В., Солондаев В. К. (Ярославль) ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ	63
Костин А. К. (Томск) СЕМЬЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	66
Костюк К. Б., Бохан Т. Г. (Томск) РОДИТЕЛЬСКИЕ УСТАНОВКИ И БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ КАК ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЬСТВА	69
Кузин А. Ю. (Томск) СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ	73
Кузнецов В. Н. (Томская область) ТЕНДЕНЦИИ РОСТА ИНДЕКСА СУИЦИДАЛЬНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЙОНАХ, ПРИРАВНЕННЫХ К КРАЙНЕМУ СЕВЕРУ	76
Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. (Томск) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	79
Куфтяк Е. В. (Кострома) ТРАНСЛЯЦИЯ СТРАТЕГИЙ ПРИВЯЗАННОСТИ В ТРЕХ ПОКОЛЕНИЯХ СЕМЬИ: УСТОЙЧИВОСТЬ И ИЗМЕНЕНИЯ	81
Лебедева Е. В., Счастный Е. Д., Репин А. Н., Сергиенко Т. Н., Симуткин Г. Г. (Томск) ОБОСНОВАНИЕ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС	84
Лебедькова Л. Н., Левина И. Л. (Новокузнецк) ПОДРОСТКОВОЕ МАТЕРИНСТВО КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН ...	89
Лейдерман М. В., Сиденкова А. П. (Екатеринбург) БРЕДОВЫЕ ПСИХОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	92
Магденко О. В., Емельянова А. З., Евстифеева А. А. (Новосибирск) ИССЛЕДОВАНИЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОРА, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕГО БЛАГОПОЛУЧИЕ РОЖЕНИЦЫ И ЧЛЕНОВ ЕЕ СЕМЬИ	94
Мазурова Л. В., Аболонин А. Ф. (Томск) МОДЕЛЬ СЕМЬИ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМОГО КАК ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА. СИСТЕМНАЯ КОРРЕКЦИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	97
Макарова Е. Н., Зальмеж Т. Н. (Томск, Северск) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С КРИЗИСНЫМИ СЕМЬЯМИ	100

Местечко В. В., Соловьев А. Г., Новикова И. А. (Архангельск) СЕМЕЙНЫЙ СТАТУС ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	102
Москвитин П. Н. (Новосибирск) О НОВОЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ФОРМЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ В НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЬЯХ	104
Назарова И. А., Аболонин А. Ф. (Томск) МИКРООКРУЖЕНИЕ И СТРУКТУРА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У КРИМИНАЛЬНЫХ АДДИКТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА	107
Новикова Г. А., Новикова И. А. (Архангельск) КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ИНТЕНСИВНОСТИ ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ	110
Приленская А. В., Приленский Б. Ю. (Тюмень) ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТРАВМ	112
Приленский Б. Ю., Приленская А. В. (Тюмень) ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЕЙНЫХ ТРАВМ	115
Пронин С. В. (Новосибирск) ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ НА ПРОЦЕСС РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	117
Пронин С. В., Пронин В. С., Чухрова М. Г. (Новосибирск) ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СЕМЕЙНОГО ФАКТОРА НА УРОВЕНЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	120
Рахмазова Л. Д. (Томск) СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ (ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)	123
Ревакина Е. Г. (Донецк, Украина) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ СЕМЬИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНОГО ЗДОРОВЬЯ	126
Розин А. И. (Томск) ОСОБЕННОСТИ РАСПОЗНАВАНИЯ И ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС	128
Рудницкий В. А. (Томск) СОЦИАЛЬНЫЕ РОЛИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	131
Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Сагалаков А. М. (Барнаул) СЕМЕЙНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И СТРАХ ОЦЕНИВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ АНТИВИТАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	133
Салмина-Хвостова О. И. (Новокузнецк) РИСУНОК СЕМЬИ – ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА В НЕЙ	136
Сиденкова А. П., Мишарин В. Ю., Багаутдинова Н. А. (Екатеринбург, Нижний Тагил) МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ГОРОЖАНАМ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	140

Соколов С. Р. (Пенза) ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	142
Соколова И. В., Сиденкова А. П. (Екатеринбург) ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ ДЕМЕНЦИЙ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ	145
Солонский А. В., Кудренко А. С. (Томск) НЕЙРОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ НА СТРУКТУРУ ВЕНТРАЛЬНЫХ ЯДЕР ТАЛАМУСА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ	148
Солохина Т. А., Ястребов В. С., Митихин В. Г., Лиманкин О. В. (Москва, Санкт-Петербург) СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ: СИСТЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД	151
Стоянова И. Я., Мамышева Н. Л., Рупп Ю. Л. (Томск) СЕМЕЙНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ	154
Султанова А. Н., Овчинников А. А. (Новосибирск) РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У МИГРАНТОВ	156
Сырымкина Е. Г., Ступаренко Е. А. (Томск) СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТИТУТ МОЛОДОЙ СЕМЬИ: ДЕФОРМАЦИЯ ИЛИ МОДЕРНИЗАЦИЯ?	159
Труевцев Д. В., Сагалакова О. А., Стоянова И. Я. (Барнаул, Томск) НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ СЕМЕЙНЫЕ УСЛОВИЯ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИВИТАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ (НА ПРИМЕРЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ)	162
Узлов Н. Д. (Березники) ОТНОШЕНИЕ К ОТЦОВСТВУ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН И СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	165
Ульянич А. Л. (Томск) ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОБЩНОСТИ С НОРМАЛЬНЫМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ РЕБЕНКА	168
Урываев В. А. (Ярославль) ДИНАМИКА ЦЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНЦЕ XX – НАЧАЛЕ XXI ВЕКОВ	171
Черепкова Е. В., Горбатенко А. Е., Гуревич К. Г. (Новосибирск, Республика Казахстан, Москва) ПСИХИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ СОВЕРШИВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЯНИЯ	173
Чикурова Е. И. (Санкт-Петербург) ОТНОШЕНИЕ К ТЕЛУ У ДЕВУШЕК С РАЗНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФЕМИННОСТИ	176
Чухрова М. Г. (Новосибирск) РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ, ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ	178

Языкова И. М. (Екатеринбург) ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ	181
Яковлева А. Л., Симуткин Г. Г. (Томск) СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ, И ЕЕ СВЯЗЬ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕКУЩЕЙ ДЕПРЕССИИ	183
Яппарова Т. В., Семененко Е. М., Прокопьева В. Д. (Северск, Томск) ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ ОБУЧАЮЩИХСЯ СРЕДНЕГО ЗВЕНА ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ	186
Яценко К. О. (Кемерово) СТАТУС СЕМЬИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ, КОМИССОВАННЫХ ИЗ АРМИИ С ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ	189

Научное издание

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ**

Сборник тезисов II Российской конференции
с международным участием
(Томск, 7—8 октября 2014 г.)

Под научной редакцией
члена-корреспондента РАН Н. А. Бохана

Редактор И. А. Зеленская

Подписано в печать 08.09.2014 г.

Формат 60х84¹/₁₆.

Бумага офсетная № 1.

Печать офсетная.

Печ. л. 12,25; усл. печ. л. 11,39; уч.-изд. л. 11,85.

Тираж 500. Заказ № 14448

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1
тел.: (3822) 78-80-80, тел./факс: (3822) 78-30-80
E-mail: mail@if.tomsk.ru

