



СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ

**Сборник тезисов
научно-практической конференции**

**Красноярск,
24-25 марта, 2016 г.**

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ**

Научно-практическая конференция

Сборник тезисов

(Красноярск, 24—25 марта 2016 г.)

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

Издательство «Иван Федоров»

Томск; Красноярск

2016

УДК 616.89-084(576-16)
ББК 56.14-1-3-4-5+51.1.08
С56

Рецензенты:

Ю. В. Дроздовский – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Омская ГМА» Минздрава России)

А. А. Овчинников – д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» МЗ РФ

С56 Современные проблемы охраны психического здоровья населения Сибири: сборник тезисов научно-практической конференции (Красноярск, 24—25 марта 2016 г.) / под ред. Н. А. Бохана. – Томск; Красноярск : Изд-во «Иван Федоров», 2016. – 214 с.

ISBN 978-5-91701-115-8

Публикуемые работы в сборнике тезисов «Современные проблемы охраны психического здоровья населения Сибири» посвящены вопросам этиологии, патогенеза, диагностики, своевременной адекватной терапии, профилактики и реабилитации социально значимых заболеваний человека, таких как шизофрения, аффективные, психосоматические, невротические расстройства, алкоголизм, наркомания, входящим в круг наиболее актуальных исследований на современном этапе развития науки. В то же время актуальной проблемой, рассматриваемой в рамках конференции, остается междисциплинарная интеграция, создание новых научных направлений и системный анализ накапливаемой информации. Основной целью конференции является обмен научными достижениями и практическим опытом социально-психологических, клинических, биологических исследований в области психиатрии и наркологии, а также вопросов эффективности и безопасности применения современных психотропных средств. Таким образом, в качестве приоритетных тем авторами обсуждаются организационные аспекты оказания психиатрической и наркологической помощи населению; правовые вопросы оказания психиатрической и наркологической помощи; клинико-диагностические аспекты эндогенных, пограничных, аффективных и аддитивных (зависимость от ПАВ, суициды и др.) расстройств; актуальные вопросы детской психиатрии; психическое здоровье лиц пожилого и старческого возрастов; социально-психологические вопросы превенции и реабилитации в психиатрии и наркологии; психологические аспекты эпилептологии; организация межведомственного, междисциплинарного взаимодействия в вопросах профилактики, ранней диагностики психических и поведенческих расстройств; вопросы эффективности и безопасности применения современных психотропных средств. Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, организаторов здравоохранения, социальных работников 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., доцент **М. А. Березовская** (зам. главного редактора)

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

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

к.м.н. **О. Э. Перчаткина** (ответственный за выпуск)

И. А. Зеленская (выпускающий редактор)

УДК 616.89-084(576-16)

ББК 56.14-1-3-4-5+51.1.08

© Современные проблемы охраны психического здоровья населения Сибири, 2016

© НИИ психического здоровья», 2016

© Издательство «Иван Федоров», 2016

Federal State Budgetary Scientific Institution
“Mental Health Research Institute”

State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education
“Krasnoyarsk Prof. V. F. Voino-Yasenetsky State Medical University” of
Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**MODERN PROBLEMS OF
MENTAL HEALTH CARE FOR
THE POPULATION OF SIBERIA**

Scientific-Practical Conference

Book of Abstracts

(Krasnoyarsk, 24—25 March, 2016)

Edited by
Corresponding Member of RAS N. A. Bokhan

Publishing House “Ivan Fedorov”

Tomsk; Krasnoyarsk

2016

UDC 616.89-084(576-16)
LBC 56.14-1-3-4-5+51.1.08
C56

Reviewers:

Yu. V. Drozdovsky – M.D., Professor, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology Department of

SBEI HPE “Omsk SMA” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

A. A. Ovchinnikov – M.D., Professor, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department of SBEI HPE “Novosibirsk SMU” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

C56 Modern problems of mental health care for the population of Siberia: book of abstracts of scientific-practical conference (Krasnoyarsk, 24–25 March, 2016) / edited by N. A. Bokhan. – Tomsk; Krasnoyarsk : Publishing House “Ivan Fedorov”, 2016. 214 p.

ISBN 978-5-91701-115-8

Papers published in the Book of Abstracts “Modern problems of mental health care for the population of Siberia” are devoted to the issues of etiology, pathogenesis, diagnostics, modern appropriate therapy, prevention and rehabilitation of socially significant human diseases such as schizophrenia, affective, psychosomatic, neurotic disorders, alcoholism, drug addiction within the range of the most relevant investigations at the modern stage of the science development. The interdisciplinary integration, creation of new scientific directions and systematic analysis of accumulated information remains the relevant problem considered within the framework of the conference. The main aim of the conference is sharing with scientific achievements and practical experience of social-psychological, clinical, biological investigations in the field of psychiatry and addiction psychiatry as well as issues of efficiency and safety of application of the modern psychotropic agents. The organizational aspects of rendering the psychiatric and addictological assistance to population; legal issues of rendering the psychiatric and addictological assistance; clinical-diagnostic aspects of endogenous, borderline, affective and addictive (dependence of psychoactive substances, suicides etc.) disorders; relevant issues of child psychiatry; mental health of the elderly and persons of old age; social-psychological issues of prevention and rehabilitation in psychiatry and addiction psychiatry; psychological aspects of epileptology; organization of interdepartmental, interdisciplinary interaction in issues of prevention, early diagnostics of mental and behavioural disorders; issues of efficiency and safety of application of modern psychotropic agents are discussed by authors as priority topics. For psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, medical psychologists, healthcare organizers, social workers and other mental health professionals.

EDITORIAL BOARD:

Corresponding Member of RAS **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., Ass. Prof. **M. A. Berezovskaya** (deputy editor-in-chief)

M.D., Prof. **M. M. Axenov**, M.D., Prof. **A. I. Mandel**

M.D., Prof. **L. D. Rakhmazova**, M.D., Prof. **E. D. Schastnyy**

Ph.D. **O. E. Perchatkina** (responsible for issue)

I. A. Zelenskaya (issuing editor)

UDC 616.89-084(576-16)
LBC 56.14-1-3-4-5+51.1.08

© Modern problems of mental health care for the population of Siberia, 2016

© Mental Health Research Institute, 2016

© Publishing House “Ivan Fedorov”, 2016

ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ ПОДРОСТКОВ ПОСРЕДСТВОМ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНТНОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ СРЕДЫ

**Александрова Н. В.¹, Сергиенко Е. И.¹, Емельянова Е. Ю.²,
Рубцова Ю. Д.², Хомякова С. А.²**

¹ ОмГУ им. Ф. М. Достоевского, Омск, Россия

² БУЗ «ОО КПБ им. Н. Н. Солодникова», Омск, Россия

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной психиатрии является высокая распространенность пограничных психических расстройств у детей при недостаточной осведомленности об особенностях их сопровождения у педагогов. Проблемы успеваемости, поведенческие девиации и социальная дезадаптация детей зачастую не воспринимаются педагогами и родителями как медицинская проблема. Перегрузка учебными занятиями, применение наказаний, отсутствие своевременной диагностики и лечения, несоблюдение режимных требований в результате утяжеляют симптоматику. Влияние вышеперечисленных факторов приводит к сочетанию глубокого несоответствия выраженности затраченных педагогами усилий и недостаточных или отрицательных результатов у большей части школьников.

Обсуждение результатов. В связи с этим в течение 10 последних лет нами проводилась работа по формированию компетентной в области психического здоровья детей педагогической среды. В комплексной деятельности, осуществлявшейся по ряду направлений, принимали участие специалисты детской психиатрической службы: врачи психиатры и психотерапевты, клинические психологи и психолог-педагог.

На амбулаторном приеме среди обратившихся за помощью родителей с детьми проводится разъяснение природы нарушений процессов обучения при каждом конкретном заболевании. Психиатр, психотерапевт или клинический психолог понятным и доступным языком рассказывают о болезненных процессах в нервной системе, особо акцентируя внимание на сильной утомляемости и истощаемости нервной системы ребенка, при которой очень губительны учебные перегрузки, нарушение режима отдыха, психоэмоциональное перенапряжение, недостаточное питание. Работа с педагогами, психологами, логопедами, дефектологами ведется в аудиториях Института повышения квалификации работников образования, на мероприятиях Всероссийской психотерапевтической Лиги в г. Омске, телевидении. Занимаясь преподавательской работой, врач-психотерапевт рассказывает о проявлениях детских нервно-психических заболеваний, их природе, мерах профилактики студентам-психологам, социальным работникам, социальным философам, юристам.

В результате широкого охвата этой информацией большее количество специалистов, работающих с детьми, стало разбираться в природе нарушений учебной деятельности детей, направлять родителей с детьми на консультации к специалистам – детским психиатрам и психотерапевтам. Полученные знания педагоги учитывают в построении учебного процесса, планировании уроков, дополнительных занятий. Родители, получив доступные знания, стали внимательнее относиться к проблемам обучения детей, режиму их нагрузок и отдыха. Менталитет отношения к психиатрической помощи детям стал изменяться в сторону большего доверия и осознания ее необходимости.

Учитывая интегративный характер проблемы распространенности детских психических расстройств различной степени выраженности, следует отметить роль педагогических технологий, используемых на учебных занятиях. Оптимальными, с нашей точки зрения, могут быть педагогические технологии, предполагающие взаимодействие один на один с учителем или лицом, его заменяющим. Одна из них таких технологий – PAL (peer-assisted learning – равный обучает равного). «Равный» в данном контексте означает равный по возрасту. PAL предполагает процесс усвоения знаний и навыков при активной помощи и поддержке наставника-сверстника.

Экспериментально было установлено, что наставничество сверстников как способ организации учебной деятельности являет собой комплекс педагогических условий, которые могут, по нашему мнению, выступать средством социального развития подростков: 1) создание обучающей среды, в основе которой лежит принцип добровольности участия (решение о необходимости участия в группе обучения принимается самостоятельно); 2) создание возможности каждого участника попробовать себя как в роли ученика, так и в роли учителя (у учеников имеются определенные социальные ожидания по отношению к роли учителя и наоборот); 3) организация привлекательной обучающей ситуации, где участники взаимодействия – сверстники, и поэтому отсутствуют «барьеры власти» между наставником и учеником (по сравнению с ситуацией взаимодействия со взрослым учителем); 4) повышение референтности группы обучающего взаимодействия, достигаемой за счет выполнения подростками привлекательной для них деятельности (общение со сверстниками), которая при этом носит социально-признаваемый и социально-одобряемый характер (выполнение роли учителя); 5) организация группы обучения таким образом, когда исключается участие знакомых между собой подростков независимо от их роли (демонстрация устоявшейся ранее стратегии поведения в этом случае практически невозможна); 6) обеспечение высокого уровня

конфиденциальности сведений об участниках взаимодействия (способности и индивидуальные особенности подростка не должны быть известны в новом окружении), что позволяет ликвидировать основу для негативных предубеждений подростков по отношению друг к другу и способствует стремлению к самоутверждению подростков в группе сверстников.

Заключение. Полученный положительный опыт обосновывает целесообразность сочетания популяризации знаний о проблемах психического здоровья у родителей и педагогов и применения технологии PAL с целью превенции психических расстройств неблагополучных подростков.

КОМПЕТЕНЦИИ В СЕМЬЯХ С ИДЕНТИФИЦИРОВАННЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТОМ. ВЕРБАЛЬНЫЕ И НЕВЕРБАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Арапиев Ю. У., Уманский А. В.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Материал исследования. Как правило, родственники психотического пациента имеют некоторые схожие невербальные особенности, которые удалось выявить и обобщить во время сеансов семейной психотерапии в рамках системного подхода. Психотерапевтические сеансы проводились с пациентами и их родными на двух базах: медицинского центра «АРКУМ» и в гипнотарии дневного стационара ККПНД № 1. Исследуемый материал представляет собой видеозаписи бесед (более 250 часов).

Далее приведены некоторые наиболее часто воспроизводимые объективные особенности коммуникации семей с идентифицированным психотическим пациентом.

Женщины в семьях с психотическим пациентом имеют громкий, высокий по тональности и хорошо модулированный голос. По характеру они напористы, речь у них быстрая, эмоционально окрашенная, с длинными предложениями; часто в их речи наблюдаются директивные формы обращения, наставления, нравоучения, язвительные замечания, девальвирующие фразы. Это поведение выявляет высокий уровень тревоги, экстравертированности и ролевой игры в «спасителя» – «преследователя».

Мужчины, в противоположность своим женам из таких семей, имеют тихий низкий и маломодулированный голос, реже вступают в активный речевой контакт, говорят коротко, в их речи часто встречаются абстрактные обороты, речь медленная по темпу и изобилует паузами. В поведении наблюдаются элементы инфантилизма: снижение витальных потребностей, речевые блокировки, отстраненность, интравертированность – как в ролевой игре «тебя здесь нет – меня здесь нет».

При наблюдении за пациентом во время сеансов семейной психотерапии были выявлены следующие особенности (вне гендерных различий): утрированно интровертированный вариант речевой коммуникации с преобладанием невербальных форм над вербальными (мимика и пантомимика) в соотношении 3:1 и даже 4:1. Это поведение проявляется в присутствии близких родственников.

Мужчины в этих семьях чаще используют женские речевые компоненты, а женщины – мужские (ролевая инверсия). Пациент исполняет роль «козла отпущения»: демонстрирует дезадаптивное (психотическое) поведение, благодаря которому удается создать «точку фиксации», определяющую правила семейной игры. А она, в свою очередь, сохраняет психотическое состояние как системообразующую проблему.

Выявленный стереотип (паттерны поведения) позволяет разрабатывать техники и методы, прерывающие семейную игру, приводя к редукции психотического состояния.

Системообразующая проблема создает лингвистическое поле, которое поддерживает паттерны семейной игры и сохраняет «статус кво» семейной системы. Таким образом, происходит саморегуляция и самокоррекция в аутопоэтических системах – закрытые рекурсивные системы, создающие собственные коммуникативные элементы, позволяющие обеспечивать сцепленность и совместный дрейф элементам системы в структуре семейных отношений.

Заключение. Мы считаем, что те семьи, которым сложно перейти к элементам конгруэнтности и комплементарности, обеспечивающим стабильность функционирования и дальнейший эволюционный дрейф, используют проблемы, которые за счет образования вокруг себя вербальной коммуникации переводят систему в конгруэнтное состояние. Выявленные особенности речевой коммуникации отчасти подтверждают наши предположения, так как в этих речевых формах четко прослеживается комплементарность в виде деления на гипер- и гипофункциональных членов семьи. На основании данных наблюдений мы разрабатываем новый метод инвариативной терапии семей с идентифицированным психотическим пациентом.

ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЕЙ С ИДЕНТИФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТОМ В РАМКАХ СИСТЕМНО-СТРАТЕГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ КИБЕРНЕТИКИ ПЕРВОГО ПОРЯДКА

Арапиев Ю. У., Уманский А. В.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность. Системно-стратегическая терапия является относительно молодым направлением в диагностике и лечении психических расстройств. Это направление получило своё развитие из общей теории систем и кибернетики. Основным в диагностике и терапии психических расстройств в рамках системного подхода является оценка любого симптома или феномена в контексте семейных взаимоотношений. Это значит, что мы в нашей работе придерживаемся основных постулатов и правил кибернетики и общей теории систем.

Обсуждение собственных результатов. Нами были использованы парадоксально-стратегические вмешательства. Основная их цель – использовать эффект айкидо (перевести силу сопротивления системы в силу её изменения).

1. Положительная коннотация симптома или патологического поведения в контексте гомеостатической модели функционирования семьи.

2. Предписание и ритуализация этой модели поведения для всех членов семьи как наиболее гармоничный и стабильный способ функционирования.

3. Парадоксальные задания для всех или части членов системы с их ритуализацией и повторное предписание гомеостаза.

Если семья дала обратную связь, что изменения начались, необходимо провести профилактику рецидива и предписать его скорое наступление. Необходимо сообщить семье о полной дисквалификации терапевтов (расписаться в своем бессилии).

4. Использование расстановок, без каких-либо комментариев.

5. Перекладывание роли «козла отпущения» на плечи другого члена семьи.

6. Резкий обрыв терапии.

В результате исследования определены структурные особенности семей с идентифицированным пациентом. К их числу относятся: 1) наличие вертикальных коалиций, чаще всего скрытых, и отсутствие горизонтальных; 2) некомплементарность симблинговых позиций родителей идентифицированного пациента: чаще всего такое сочетание как: старший брат и старшая сестра, младший и младший, единствен-

ный ребёнок и младший, что обеспечивает борьбу за власть и выраженное напряжение в системе; 3) скрытый стиль симметрии (борьбы за власть или выбор, кто определяет отношения, кто их контролирует); 4) симметрия, как на социальном уровне функционирования, так и на сексуальном; 5) отсутствие чёткой иерархии в семье; 6) отсутствие положительных подтверждений одного члена семьи другим с попыткой дисквалификации и девальвации любых его высказываний или действий; 7) запрет на определения отношений и метакоммуникации по поводу этого запрета; 8) выраженные коммуникативные противоречия на цифровом и аналоговом уровнях; 9) борьба за определение отношения в варианте игры без нулевого результата (или всё или ничего); 10) избегания прямой конфронтации с сохранением скрытой симметрии: меня здесь нет, тебя здесь нет; 11) крайне ригидное распределение ролей в семейной системе (гиперфункционирующего, гипофункционирующего, манипулятора, преследователя, спасителя, козла отпущения); 12) убежденность каждого члена семьи, что именно он является «кукловодом» и окончательная победа будет за ним; 13) крайне размытые границы между подсистемами, что определяет систему как имеющую жёсткий внешний контур и размытость внутренних границ – симбиоз; 14) наличие коммуникативных и когнитивных нарушений у всех членов системы; 15) выраженная тенденция к коммуникативной стереотипности и избыточности, с преобладанием тенденции к гомеостазу системы и его усилению за счёт появления симптоматического поведения; 16) выраженная полоролевая инверсия у родителей идентифицированного пациента и у самого пациента.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В РЕГИОНАХ СИБИРИ

Артемов И. А., Владимирова С. В.

НИИ психического здоровья, Томск, Россия

Предмет исследования. Нами проведено краткосрочное прогнозирование алкогольной ситуации по территориям Сибири с использованием интенсивных показателей: 1) число зарегистрированных больных алкоголизмом (болезненность); 2) число впервые в данном году зарегистрированных больных при обращении за наркологической помощью (заболеваемость).

Обсуждение результатов. Оказалось, что корреляционные взаимосвязи этих показателей на различных территориях различны. Так, тесная (сильная) положительная корреляционная связь имеет место в Новосибирской (коэффициент корреляции $r=0,8$), Красноярском крае, Алтайском крае, Республике Алтай ($r=0,8$), Кемеровской, Томской области и Тюменской областях ($r=0,9$). Можно полагать, что на этих территориях контингенты обслуживаемых наркологическими учреждениями больных тесно взаимосвязаны с интенсивностью их выявления в населении, что свидетельствует о целенаправленной деятельности этих учреждений в оказании помощи этому контингенту больных. Однако на всех этих территориях наблюдается неуклонное снижение числа больных на 100 тысяч населения с 1999 по 2014 г., как зарегистрированных, так и выявленных впервые. Такое синхронное понижение может свидетельствовать о том, что за анализируемый 16-летний период произошло снижение антиалкогольной активности наркологической службы в названных территориях либо может указывать на снижение в них уровня алкоголизации населения и, как следствие, на уменьшение количества нуждающихся в оказании наркологической помощи.

Слабые корреляционные связи между количеством зарегистрированных больных и числом впервые выявленных больных проявились в Республике Бурятия и Иркутской области ($r=0,2$), в Республике Хакасия и Омской области ($r=0,3$). При этом показатели заболеваемости на этих территориях имеют в различные годы весьма широкий размах колебаний, в то время как количество зарегистрированных больных остается либо стабильным, либо имеет тенденцию к снижению. Поэтому, вероятно, первичное выявление больных не является источником расширения контингентов и накопления больных, состоящих под наблюдением наркологов и нуждающихся в оказании наркологической помощи, что находит отражение в слабых корреляционных связях этих показателей. Процесс выявления «свежих» случаев заболевания носит хаотичный характер с резкими подъемами и спадами в отдельные годы рассматриваемого периода. Таким образом, слабая корреляционная зависимость рассматриваемых показателей, по-видимому, свидетельствует о недостаточной профилактической деятельности учреждений наркологической службы вышеперечисленных территорий.

В трех территориях, а именно в Республике Саха ($r=0,50$), Забайкальском крае ($r=0,4$), Омской области ($r=0,3$), была выявлена умеренная сила связи показателей, которую мы затрудняемся комментировать, в отличие от двух предыдущих – сильной и слабой.

Выводы. Таким образом, корреляционная взаимосвязь показателей болезненности и заболеваемости алкоголизмом позволяет определенным образом ранжировать территории по характеру выявления новых случаев заболевания алкоголизмом и определить прогностические тенденции в оказании специализированной помощи зарегистрированному контингенту больных с 1999 по 2014 г.

АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА

Бабарахимова С. Б.

**Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Аутодеструктивное поведение может разнообразно проявляться и имеет большое количество форм и вариантов развития, констатируемых в подростковом возрасте, который считается одним из возрастных периодов повышенного суицидального риска [1]. По данным ВОЗ (2014), самоубийство является ведущей причиной смерти среди подростков. Пубертатный период характеризуется возникновением разнообразных патопсихологических состояний и поведенческих нарушений, свойственных именно подростковому возрасту в связи с недостаточной зрелостью в личностном плане [4]. Проблема поведенческих расстройств, сопровождающихся нарушением социального функционирования, является одной из самых актуальных в подростковом возрасте.

Особое значение в ряду поведенческой патологии исследователями уделяется уходам и бродяжничеству, сочетающимся с появлением суицидальных тенденций на фоне измененного эмоционального аффекта. Синдром ухода и бродяжничества, весьма разнородный по генезу, но довольно однообразный по внешним проявлениям, выражается в повторяющихся уходах из дома или школы, интерната или другого детского учреждения с последующим бродяжничеством, нередко многодневным. Синдром встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но наиболее часто в препубертатном возрасте преимущественно у мальчиков [2]. На возникновение синдрома бродяжничества влияют как социально-психологические, так и индивидуально-психологические дезадаптирующие факторы.

Синдром уходов и бродяжничества может быть единственным проявлением личностных особенностей подростка, факультативным синдромом при акцентуациях и личностных расстройствах, а также отражать расстройства или извращение влечений при психических заболеваниях [5]. У девушек данный синдром формируется в более позднем возрасте, сопровождается выраженными аффективными колебаниями и может сочетаться с суицидальным поведением [3].

Цель исследования: изучить особенности аутодеструктивного поведения при синдроме уходов и бродяжничества у девочек-подростков, возникающих на фоне эмоциональных расстройств.

Материал и методы. Было отобрано 48 девочек-подростков в возрасте 15–17 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в клинической картине синдрома уходов и бродяжничества, сочетающегося с суицидальными тенденциями. В группу вошли пациентки с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10 (F91.2). Ведущими методами исследования были клинико-психопатологический и катamnестический. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использовались опросник Шмишека Леонгарда и тест Люшера.

Результаты исследования и обсуждение. В процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что девочки с гипертимными чертами характера (7 %) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, девочки с неустойчивыми (62 %) и истероидными (31 %) чертами – в 13–14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время – от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69 % случаев, уходы легкой степени – в 23 % случаев, лишь у 1 пациентки были выявлены уходы тяжелой степени. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Гамильтона в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 25 % пациенток, в 61 % случаев – депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени. Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявил, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69 %) возникали задолго до первой попытки ухода из дома.

Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. На фоне пониженного настроения отмечались раздражительность – в 33 % случаев, нарушение отношений с близкими в виде конфликтности, отрицательного отношения к близким – у 67 % больных, немотивированная агрессия – в 33 % случаев. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69 %), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23 %). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. На фоне резидуально-органических расстройств депрессивные расстройства характеризовались снижением успеваемости, непосещением школьных занятий, конфликтностью с учителями. Основными факторами, способствовавшими возникновению аутодеструктивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у девочек-подростков, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства и сложности в учебе.

В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (67 %), группа аффективных (32 %) и истинных (1 пациентка) суицидов. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15 % обследуемых, наличие суицидальных мыслей с намерениями и планированием – у 42 % обследуемых, причем в 1/3 (33 %) случаев пациентки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось легкодоступным и нежестоким способам – отравление таблетками, самопорезы. Эти действия возникали под воздействием следующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50 %), конфликты в семье (25 %), конфликты со сверстницами (15 %). Пациентка с депрессивным расстройством тяжелой степени отмечала наличие суицидальных мыслей до уходов из дома, при повторном уходе из дома ею была совершена суицидальная попытка, констатируемая как аутоагрессия психотического уровня депрессивного генеза. У 46 % пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, выразившееся в том, что пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье, 67 % обследуемых совершали самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось и при последующих уходах из дома. В 33 % случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациентов домой.

В 21 % случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств и суицидальных тенденций не наблюдалось, отмечались возникающие время от времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене угнетающей обстановки. У этих пациенток депрессивная симптоматика появлялась после возвращения домой, характерным для них было появление чувства вины у 66 % больных, депрессивно-дисфорических реакций у 33 % обследованных. Пациентки из этой группы отмечали появление суицидальных мыслей на фоне пониженного настроения, усугубления конфликтов с родителями и сверстниками, при появлении трудностей взаимоотношений и обучения в школе.

Выводы. Феномены аутодеструкции у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, формируются на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня, в большинстве случаев имеют демонстративно-шантажный характер. У девочек-подростков синдром уходов и бродяжничества не протекал изолированно, а имел сложную связь с аффективными расстройствами, появление аутодеструктивного поведения усложняло клиническую картину синдрома. В ряде случаев скрытая депрессия может проявляться нарушением поведения, когда возможны побег из дома и формирование патохарактерологических реакций протеста в виде суицидальных попыток и тенденций. Наибольший эффект в снижении суицидальных рисков и предотвращении некоторых форм аутодеструктивного поведения имеют профилактические и реабилитационные методы, нацеленные на формирование адаптивного поведения и развития гармоничной личности.

Л и т е р а т у р а

1. *Пилягина Г. Я.* К вопросу о клинико-патогенетической типологии аутоагрессивного поведения // Таврический журнал психиатрии. – 2000. – Т. 4, № 1. – С. 22—24.
2. *Ениколопов С. Н.* Аутоагрессия лиц старшего подросткового и юношеского возраста, склонных к поведению с преднамеренным самоповреждением // Материалы Юбилейной конференции Московского психологического общества. – 2005. – Т. 2. – С. 167—169.
3. *Клейберг Ю. А.* Психология девиантного поведения. – Тверь, 1998.
4. *Mars B., Heron J., Crane C. et al.* Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study // Br. Med. J. – 2014. – V. 349. – g5954.
5. *Skegg K.* Self-harm // The Lancet. – 2005. – V. 366 (9495). – P. 1471—1483.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ СТАРШЕКЛАССНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бартош Т. П.

**Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН
Магадан, Россия**

Комплекс природно-климатических и социальных факторов Северо-Востока России оказывает влияние на формирование организма человека уже с раннего детства. Это приводит к перенапряжению различных функциональных систем, центральной нервной системы и психической сферы [1—2]. В подростковом возрасте почти все функциональные изменения в психоэмоциональной сфере приводят к психической неуравновешенности и конфликтности, обостряется реакция на мнение окружающих, повышается обидчивость, хроническая ситуация неудовлетворённости. Реакция на фрустрацию проявляется в разочарованиях, тревоге, неуверенности в себе, раздражительности и агрессивных реакциях. Предпосылками аутоагрессии часто является дисгармоничная семейная среда с эмоциональной депривацией, внутрисемейной агрессией, злоупотреблением алкоголя [1—3]. Тревога может быть одним из факторов, провоцирующих агрессию. При этом враждебность и агрессия выступают в качестве способа защиты в ситуации тревоги. Показана взаимосвязь между агрессивным поведением и тревожностью у подростков, что приводит к снижению приспособленности к различным условиям жизни [4]. У мальчиков повышенный уровень тревожности блокирует негативное влияние агрессивного поведения и гнева, у девочек – потенцирует негативное влияние враждебности. В этой связи вытекает необходимость раннего выявления у детей таких отклонений, поскольку состояния, занимающие промежуточное положение между здоровьем и болезнью, содержат в себе истоки нервно-психической неустойчивости, психосоматических расстройств, психосоциальной дезадаптации, злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей психоэмоциональной сферы старшеклассников различных этнических групп Магаданской области.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 826 подростков обоего пола 15—17 лет, проживающие в Магаданской области. Из них было 445 девушек и 381 юноша. Вся исследовательская выборка подростков была разделена на три группы.

В 1-ю группу включены аборигены (коряки и эвены) п. Эвенск Магаданской области (154 девушки и 108 юношей). 2-я группа состояла из уроженцев 1—2-го поколений из числа европеоидов, проживающие в п. Эвенск Магаданской области (113 девушек и 105 юношей). 3-я группа включала уроженцев-европеоидов, родившихся и проживающих в г. Магадане (178 девушек и 168 юношей). Учащиеся 1-й и 2-й групп обучались в школе-интернате п. Эвенск Магаданской области, расположенном на побережье Охотского моря в 535 километрах от Магадана. В Магадане обследование школьников проводили в гимназиях № 30, № 13 и лицее № 1.

Для определения форм агрессивных и враждебных реакций использовали опросник А. Басса и А. Дарки, который выявляет следующие формы агрессии. Физическая агрессия (ФА) – использование физической силы против другого лица. Косвенная агрессия (КА), окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная. Вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы). Раздражение (Р) – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость). Негативизм (Нег) – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов. Обида (Об) – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия. Подозрительность (Под) – недоверие и осторожность по отношению к людям, убеждение в том, что другие люди планируют и приносят вред. Чувство вины (ЧВ) – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, а также ощущаемые им угрызения совести.

Уровень ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности определяли с помощью методики Спилбергера-Ханина.

Наличие невротических и невротоподобных симптомов в эмоционально-аффективной сфере подростков определяли по шкале нервно-психической адаптации (НПА).

Уровень социальной фрустрированности подростков определяли методикой УСФ-п. Данный опросник включает 20 аспектов личностно-социальных взаимоотношений (Методика разработана коллективом исследователей под руководством Л. И. Вассермана, СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева).

Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ Excel-97 и Statistika-6.

Обсуждение результатов. Результаты нашего исследования показали, что средние показатели НПА (более 30 баллов) девушек трех обследуемых групп превышали таковые юношей ($p < 0,05$), в среднем соответствуя неблагоприятным прогностическим признакам нарушения нервно-психической адаптации, что можно рассматривать как характерную черту психической организации девушек региона. У юношей из числа коренных малочисленных народов средний балл по шкале НПА по отношению к сверстникам-европеоидам Эвенска и Магадана был значимо выше ($p < 0,05$) ($25 \pm 3,5$ против $19 \pm 1,6$). При этом признаки нарушения нервно-психической адаптации регистрировались более чем у 40 % девушек и 15–20 % юношей обследуемых групп.

Средние групповые значения ситуативной и личностной тревожности у обследуемых старшеклассников находились в пределах нормы. Однако у юношей-аборигенов эти показатели были значимо более высокие ($p < 0,05$) по сравнению со сверстниками 2-й и 3-й групп ($40 \pm 0,7$ балла против $36 \pm 0,5$). Самый высокий уровень ситуативной тревожностью зарегистрирован у 42 % девушек-европеоидов и 25 % юношей-аборигенов; у 29 % девушек-аборигенок и 18 % магаданок; у 9 % юношей-европеоидов обеих групп. Высокую личностную тревожность отмечали 44 % девушек 1-й и 2-й групп и 35 % магаданок. Среди юношей высокие показатели тревожности были выявлены, соответственно, у 21 %, 15 % и 6 % от числа всех обследуемых групп. Показатель социальной фрустрированности оказался наиболее высоким у девушек Магадана и юношей аборигенной популяции. Поскольку фрустрация является одним из источников тревожности, раздражительности, агрессивных реакций и, наконец, неврозов, то можно говорить о существовании риска возникновения дисгармоничных психических состояний в этих группах обследуемых, способных привести к депрессивному состоянию.

Исследование профиля агрессивности показало, что для девушек-жительниц Магадана в большей степени характерны проявления агрессивных реакций (КА, ВА, Р) и негативизма (Нег). У девушек-европеоидов Эвенска так же, как и у аборигенок, более выражены враждебные и аутоагрессивные реакции (подозрительность и чувство вины). Девушки-аборигенки отмечали самый высокий показатель ЧВ. В свою очередь, у юношей-аборигенов показатель ЧВ так же оказался самый высокий среди сверстников мужского пола. Так же, как и среди девушек, у юношей-аборигенов и юношей-европеоидов п. Эвенск, по сравнению с магаданскими сверстниками, более выраженными были враждебные и аутоагрессивные реакции: ОБ, ПОД, ЧВ ($p < 0,05$).

Магаданские девушки и юноши отличались от остальных сверстников более высоким уровнем вербальной агрессией. Высокая вербальная форма агрессивного поведения в подростковом возрасте может быть обусловлена противоречием внутриличностного развития, таким, например, как сочетание высокой личностной и ситуативной тревожности с высокой самооценкой и уровнем притязаний [4].

Заключение. Проведенное нами исследование выявило ряд гендерных особенностей формирования психоэмоциональной сферы подростков различной этнической принадлежности, проживающих на Северо-Востоке России. У девушек обследуемых групп признаки нарушения нервно-психической адаптации и высокая тревожность регистрировались в 2 раза чаще, чем у юношей-сверстников. Старшеклассники отдаленного п. Эвенск, по сравнению со сверстниками Магадана, независимо от пола и этнической принадлежности, характеризуются более выраженными враждебными и аутоагрессивными реакциями. У подростков аборигенной популяции, по сравнению со сверстниками-европеоидами, были выявлены значимо более выраженные показатели нарушения в сфере нервно-психической адаптации, ситуативной и личностной тревожности и социальной фрустрированности. При оценке состояния психического здоровья школьников Северо-Востока России следует учитывать гендерные и этнические особенности детей и подростков.

Л и т е р а т у р а

1. *Бартош Т. П., Бартош О. П., Мычко М. В.* Нарушения в психоэмоциональной сфере у старшеклассников Магадана // Вестник СВНЦ ДВО РАН. – 2011. – № 4. – С. 24–29.
2. *Бартош Т. П., Бартош О. П.* Особенности эмоциональной сферы подростков различных этнических групп Магаданской области // Тюменский медицинский журнал. – 2015. – Т. 7, № 4. – С. 7–13.
3. *Николаев Е. Л.* Кризис и суицид: клинико-психологический анализ аутоагрессивного поведения // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 3 (20). – С. 54–61.
4. *Слободская Е. Р., Бочаров А. В., Рябиченко Т. И.* Взаимодействие агрессивного поведения и тревожности в процессе приспособления подростков: роль факторов пола // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 29. – С. 32–36.

РАБОТА ШКОЛЫ РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В КРАСНОЯРСКОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Березовская М. А., Шишкина Ю. И.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
Красноярск, Россия**

Актуальность. Семья пациента, страдающего психическим заболеванием, является важным звеном при оказании помощи больным на всех этапах лечения. Неоспоримым фактом является бремя, которое несут родственники вследствие психического заболевания члена семьи, чем обусловлено снижение качества жизни всех членов семьи. В связи с болезнью родного человека семья сталкивается с многочисленными психологическими проблемами. Родственники переполнены чувствами отчаяния, вины, гнева, страха, стыда, испытывают трудности с принятием болезни близкого человека, пытаются справиться с беспомощностью путем гиперконтроля. Члены семьи сталкиваются с проблемами коммуникации, часто неосознанно чрезмерно опекают или отвергают больного, что приводит к дополнительным психологическим сложностям пациента и семьи.

Все это указывает на необходимость психосоциальной помощи родственникам психически больных людей в связи с их собственными потребностями, а также функциями поддержки близкого человека в процессе лечения. Достижению наилучших результатов лечения и реабилитации больного способствует активная позиция партнерства со стороны семьи, необходимыми условиями которой являются понимание родственниками природы психических заболеваний и их лечения, наличие навыков решения проблем, специфичных для заболевания, правильный семейный коммуникативный стиль. Однако в большинстве семей эти знания и навыки минимальны. Поэтому важной задачей сферы психического здоровья является создание условий для того, чтобы родственники больного могли реализовать свой ресурс помощи больному.

Цель исследования: организовать Школу для родственников психически больных и проанализировать ее работу в течение года.

Результаты и обсуждение. С целью оказания психосоциальной помощи в Красноярском краевом психоневрологическом диспансере была организована Школа для родственников психически больных, которая начала работу в октябре 2013 г.

Психосоциальная работа в рамках Школы для родственников проводилась комплексно, путем широкой программы реабилитации больных с психическими расстройствами. Она была направлена на выполнение разнообразных потребностей родственников больных – в информации, психотерапии, выработке необходимых навыков общения, в создании системы, обеспечивающей поэтапное решение задач и длительную социально-психологическую помощь от момента обращения членов семьи до успешного решения их запроса.

Первая группа Школы включала 7 человек. Это были матери пациентов, страдающих психическими заболеваниями в течение длительного времени – 5 лет и более. Занятия проводились 2 раза в месяц, в вечернее время, в форме открытых семинаров. Уже на первом занятии были приняты правила работы группы, которые в последующем соблюдалась неукоснительно. Одним из основных правил было соблюдение конфиденциальности, о чем члены группы предупреждались особенно. Благоприятным оказался факт, что члены группы смогли достаточно открыто рассказать о своих проблемах уже на первом занятии, что способствовало созданию атмосферы доверия и сотрудничества.

Всего в период работы Школы для родственников психически больных было проведено 11 занятий, на которых обсуждались клинические и социальные вопросы психиатрии. Клиническая часть включала в себя описание важнейших психических заболеваний, их течения и исходов, методов лечения и реабилитации. Социальный раздел курса включал сведения о действующем «Законе о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», правах и льготах, которыми пользуются психически больные, а также об общественном движении в области психического здоровья.

Обучение в Школе помогло родным пациентов стать более реалистичными в своих ожиданиях, более терпимыми, избавиться от комплекса вины, обрести готовность к участию в адаптационно-реабилитационных мероприятиях своих близких. Примечателен факт, что после окончания цикла занятий группа не распалась, члены группы продолжают встречаться, поддерживают друг друга и охотно включаются в работу новой Школы.

Выводы. Проведение занятий в Школе для родственников психически больных помогло повысить их психиатрическую грамотность, оказать им социально-психологическую поддержку, что способствовало возможности занять конструктивную жизненную позицию.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Бурдалова А. Г., Бархатов А. В., Логинова И. О.

**КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер» № 1
ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

В ходе аналитического обзора нами были обобщены различные точки зрения по обозначенной проблеме. Суммируя многочисленные данные литературы, все многообразие об этиологии и патогенезе расстройств пищевого поведения, можно несколько схематично свести к следующим основным точкам зрения: биологические; психологические (влияние семьи и внутренние конфликты); социальные (влияние окружающей среды: ожидания, подражания, в частности диеты).

В зависимости от выдвигаемых теорий происхождения расстройств пищевого поведения эти факторы либо считаются единственными, либо принимается во внимание сочетание двух факторов и более. Так, в разряд биологических факторов попадает гипотеза об органическом (гипоталамическом) генезе, которая впервые высказана в 1963 г. А. King и с тех пор остается предметом оживленных дискуссий в психиатрической среде. На органическую природу этого нарушения указывают также О. Lundberg, J. Walinder (1967), которые усматривают причину анорексии в поражении структур гипоталамуса и миндалины. Имеются данные о дисбалансе нейротрансмиттеров, среди которых особую роль отводят серотонину.

Часть исследователей связывает патологическое пищевое поведение при нервной анорексии и нервной булимии с «повреждением активности нейропептидов», таких, например, как серотонин, норэпинефрин и др., а также лептин (Wabitsh M., Ballauff A., Holl R., 2001). По результатам последних исследований, проведенных в Douglas Mental Health University в Монреале в текущем году, когда экспрессия генов изменена, меняется проявление черт, которые этими генами контролируются. Кроме того, хроническое заболевание нервной анорексией среди женщин связано с более выраженными изменениями в уровнях метилирования генов, причастных к состоянию тревожности, социальному поведению, различным мозговым функциям, а также функциям нервной системы, иммунитету и функционированию периферийных органов.

В рамках психологических моделей формирования расстройств пищевого поведения в последние годы многие исследователи, занимающиеся проблемами нервной анорексии, тщательнее изучают условия жизни и воспитания детей, характерологические особенности родителей, «семейный микроклимат», преморбидные черты пациентов, их физическое и психическое развитие, воздействие различных патогенных факторов.

Большинство современных исследователей сходятся во мнении, что нервная анорексия является признаком индустриального общества. Так, например, ряд зарубежных авторов (McCarthy M., 1990; McCourt J., Wallis G., 1995; Herpworth J., 1999) отмечает, что именно под влиянием мощного давления средств массовой информации в обществе формируется культ стройного женского тела в стиле «унисекс» – худого, угловатого, одинаково похожего на субтильного юношу и девушку. Следствием такого рода «информационной обработки» является снижение самооценки, озабоченность фигурой, экспериментирование с диетами и физическими упражнениями, что, в конечном счете, может служить причиной возникновения расстройств пищевого поведения, начиная уже с 5-летнего возраста (Marocco-Muttini C., 1993).

На сегодняшний день ведение и лечение пациентов с нервной анорексией остаются неудовлетворительными почти во всех отношениях. Некоторые люди до сих пор умирают от этого заболевания, у многих оно разрушает юность, а иногда и всю их жизнь, однако все еще нет стандартного лечения, которое бы продемонстрировало свою эффективность (Palmer B., 2006). Группа NICE обнаружила, что качественные данные о нервной анорексии практически отсутствуют (Fairburn C. G., 2005). Принятый NICE стандартный метод классификации данных предусматривает создание иерархии: оценку А присваивают рекомендациям, базирующимся на обоснованных данных, полученных в адекватно проведенных рандомизированных контролируемых испытаниях, а более низкие оценки присваивают менее обоснованным данным. Однако ни одна из 48 специфических рекомендаций в отношении организации лечения нервной анорексии не получила оценку А, почти все они оценивались В, потому что основывались исключительно на «сообщениях» или на «мнениях» и(или) клиническом опыте уважаемых авторитетных специалистов.

Исходя из вышеуказанного, следует, что лечение расстройств пищевого поведения должно решаться системно. В лечении данной патологии должны учитываться не только ведущие факторы, влияющие на развитие расстройств, но и совокупность влияния причин на клиническую картину и течение заболевания.

В этой связи действия специалистов, принимающих участие в процессе лечения РПП, должны быть согласованы и направлены на лечение не отдельных симптомов или сопутствующих нозологий, а на терапию факторов, формирующих данную группу заболеваний. Так же особое внимание уделяется процессу психотерапии. Многие исследования показывают, что организация психотерапевтического процесса имеет большее значение, чем приверженность психолога или психотерапевта к тому или иному направлению психотерапии. Психотерапевтическая работа в этих случаях заключается не только в индивидуальных и групповых занятиях с пациентами, но и в работе с их родственниками, а также в организации профилактических мероприятий, например, в виде психообразовательных школ.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Важенин М. М., Григорьева И. В., Лагутик Е. Н.

**ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь**

Актуальность исследования. Азартные игры как форма досуга или развлечения существуют повсеместно. В связи с этим многие исследователи считают азартные игры серьезной социальной проблемой, представляющей угрозу для части населения. Актуальность зависимости от игры рассматривается в связи с возникновением социальных и финансовых проблем у патологических игроков: 23 % игроков имеют финансовые проблемы, 35 % разведены, у 80 % нарушены межличностные отношения в браке; распространенность противоправных действий у них составляет до 60 %; высоким суицидальным риском – от 13 до 40 % патологических игроков совершают попытки самоубийства, у 32—70 % отмечаются суицидальные мысли.

В Республике Беларусь ранее не изучалась распространенность зависимости от азартных игр среди населения.

Цель исследования: изучение распространенности зависимости от азартных игр среди населения Республики Беларусь.

Материал и методы. Исследование было проведено на материале исследовательской выборки из 460 человек в возрасте от 20 до 40 лет, жителей г. Минска и Минской области. Распределение по полу: женщины – 220 (45 %), мужчины – 240 (55 %). Средний возраст респондентов составил $25,4 \pm 0,34$ года.

Методы исследования. Диагностическое клиническое интервью с использованием диагностических критериев DSM-V (2013); канадский тест показателя проблемного гемблинга (CPGI) в адаптации А. А. Карпова, В. В. Козлова; письменное диагностическое интервью, содержащие расширенный список утверждений, характерных для зависимости от азартных игр.

Выраженность расстройств патологического гемблинга у респондентов определялась количеством критериев. Если у пациента выявлено 4 и более диагностических клинических критериев, тогда пациент направлялся на дальнейшее психологическое исследование, которое включало: канадский тест показателя проблемного гемблинга и письменное диагностическое интервью, содержащее расширенный перечень утверждений, определяющих зависимость от азартных игр.

Канадский тест показателя проблемного гемблинга содержит 9 пунктов, которые оцениваются с помощью 4-балльной шкалы, где 0 соответствует ответу «никогда», 1 – «иногда», 2 – «чаще всего да», 3 – «почти всегда». Пациенту предлагается подчеркнуть наиболее подходящий для него ответ. Баллы по всем 9 вопросам суммируются. Сумма баллов от 0 баллов до 7 свидетельствует об отсутствии игровой зависимости. Сумма баллов от 8 до 27 характеризует различную тяжесть игровой зависимости. Минимально возможный балл – 0, максимально возможный – 27.

Если пациент по тесту набрал более 8 баллов, ему предлагается заполнить следующий тест – письменное интервью. Письменное интервью было разработано с целью изучения личностных, поведенческих характеристик, а также стадий увлеченности и степени тяжести зависимости от азартных игр. Максимальное количество баллов – 53. Письменное диагностическое интервью обрабатывалось с помощью метода контент-анализа.

Проведенный анализ показал, что в Республике Беларусь в настоящее время насчитывается 251 казино (из них 32 казино в Минске), 200 букмекерских контор, 10 000 залов игровых автоматов. Ежемесячно игровые заведения посещает в среднем 2 300 000 человек, из них 10 и более раз в месяц посещают игровые заведения республики 210 000 человек, 75 % составляют жители Республики Беларусь, что составляет 157 750 человек. По предварительным исследованиям, 98,5 % часто посещающих игровые заведения являются зависимыми от азартных игр. По данным предварительной оценки, зависимость от азартных игр среди населения в Республике Беларусь выявлена у 155 384 человек, что в среднем равно 1,4 % населения.

Обсуждение результатов. С помощью первичного интервью с применением клинических критериев для диагностики зависимости от азартных игр нами было изучено посещение 460 респондентами игровых заведений. По результатам исследования было выявлено, что 23 % респондентов часто посещают игорные заведения, 72 % не посещают их вообще и 5 % посещали раньше.

Выявлена группа лиц, часто посещающих игорные заведения – 181 человек, из них 88 % мужчин и 12 % женщин. Средний возраст группы 29,5±0,25 года. Распределение по уровню образования: высшее образование – 8,7 %, незаконченное высшее – 11,1 %, среднее специальное – 19,8 %, среднее – 41,7 %, незаконченное среднее – 15,1 %, начальное – 3,6 %. Распределение по семейному статусу: состояли в браке 69,7 %, у 47,3 % это были повторные браки, 29,3 % находились в состоянии развода.

По предпочтительному выбору азартной игры лидирующим у респондентов оказался выбор игровых автоматов – 63,4 %, предпочитали играть в рулетку и карты – 31,2 %, отдавали предпочтение скачкам на ипподроме – 5,4 % лиц.

По возрасту вовлечения в азартные игры отмечалась направленность на преобладание лиц более молодого возраста – 21—30 лет (44,3 %) и 31—40 лет (37,7 %), что составило в целом 82 %, а 18 % составили лица возрастных категорий 41—50 (14,9 %) и 51—65 (3,1 %) лет. Гендерные различия характеризовались превалированием в 7 раз большей вовлеченности в игру мужчин (89,7 %), чем женщин (10,3 %).

Коморбидность игровой зависимости отмечалась у 78,7 % лиц при следующих формах психической патологии: синдром зависимости от алкоголя – 43,2 %; синдром зависимости от опиоидов и каннабиноидов – 11,1 %; расстройство личности – 24,4 %.

Изучение особенностей поведения показало, что девиантность отмечалась у 21,4 % человек, делинквентность (совершение различных правонарушений и проступков) – у 17,3 % человек.

При определении уровня реабилитационного потенциала (РП) высокий уровень РП отмечен у 21,8 %, средний уровень РП – у 57,7 %, низкий РП – у 20,5 %, что подтверждало необходимость и возможную успешность проведения психокоррекционной работы у 79,5 % лиц с игровой зависимостью.

Анализ результатов частоты посещений игорных заведений показал: часто посещали игровые заведения (до 2 раз в неделю) – 26,1 %, средняя частота (до 1 раза в месяц) – 56,5 %, редко – 17,4 %. Частота посещений игровых заведений свидетельствует о том, что чем больше человек втягивается в игру, тем труднее ему от нее отказаться.

У всех выявленных зависимых от азартных игр отмечались признаки психической деградации различной степени выраженности, которые проявлялись в нарушении морально-этических норм, интеллектуально-мнестическом снижении, эмоциональных и поведенческих нарушениях на фоне значительной социальной дезадаптации. Личностные особенности лиц с игровой зависимостью по данным письменного диагностического интервью характеризовались: высокой «социальной смелостью» со склонностью к риску, расторможенностью и аномальным стилем поведения; «подверженностью чувствам» и склонностью к непостоянству, подверженностью к влиянию случая и обстоятельств, снижением соблюдения общепринятых норм и запретов в поведении и межличностных контактах; спонтанной верой в удачу; «неустойчивостью самоконтроля» и конфликтностью представлений о себе; неадекватностью самооценки (независимо от возрастной группы). Предварительное исследование показало, что 5 % населения Республики Беларусь имеют зависимость от азартных игр различной тяжести.

Устойчивые ремиссии, по данным анамнеза, отмечались у 10 % человек с благополучным преморбидом и признаками только одной игровой зависимости (монозависимость), высоким уровнем реабилитационного потенциала (состояли в браке и имели постоянную работу) и прошлого опыта участия в реабилитационных программах.

Заключение. Проведение изучения зависимости от азартных игр у населения Республики Беларусь помогает выделить основные факторы риска развития зависимости от азартных игр, выявить личностные особенности и социально-демографический статус лиц, зависимых от азартных игр, и выбрать мишени для проведения профилактической работы среди населения.

ПРОВЕДЕНИЕ ПИСЬМЕННОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР

Важенин М. М., Григорьева И. В., Лагутик Е. Н.

**ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь**

Актуальность исследования. Последние десятилетия XX – начала XXI века отмечены небывалым ростом игромании. Игровая зависимость оказалась настолько сильным социально-психологическим феноменом, что вызвала систему изменений в жизни людей.

Заполненные казино возникают на фоне опустевших кинотеатров, залы с игровыми автоматами стали в ряде случаев градообразующими объектами, пристрастие к игре породило целое направление и сделало необходимым психологические исследования по данной проблеме.

Патологическая страсть к игре отмечается во всех возрастных группах населения, все более превращаясь в настоящее время в своеобразную игровую эпидемию. Патологический гемблинг является одной из наиболее распространенных форм поведенческой зависимости и по своим клиническим проявлениям более всего напоминает химические аддикции.

Более широко диагностические признаки патологического влечения к игре представлены в американской классификации психических расстройств (DSM-IV, 1994). Диагноз игровой зависимости ставится при наличии пяти и более клинических критериев.

Материал и методы. Нами изучается зависимость от азартных игр среди населения Республики Беларусь, которая по данным предварительной оценки составила 155 384 человек, или 1,4 % населения. С помощью первичного интервью с применением клинических критериев для диагностики зависимости от азартных игр изучено посещение 460 респондентами игровых заведений в Республике Беларусь.

При наборе по канадскому тесту показателя проблемного гемблинга более 8 баллов респондентам предлагали заполнить следующий тест – письменное интервью, разработанное с целью изучения личностных, поведенческих характеристик, а также стадий увлеченности и степени тяжести зависимости от азартных игр. Максимальное количество баллов – 53. Письменное диагностическое интервью обрабатывалось с помощью метода контент-анализа. Интервью составлено так, что позволяет выявить собственное мнение респондента об игровой зависимости и о том, что он под этим подразумевает.

Обсуждение. По результатам письменного интервью далее приводятся и обсуждаются ответы респондентов на ряд основных вопросов.

1. Есть ли зависимости у членов семьи: алкоголь, табакокурение, игровая зависимость, наркотики? На этот вопрос 60 % человек ответили, что в их семье есть один или несколько членов семьи, у которых отмечается сочетание никотиновой, алкогольной и игровой зависимостей, 40 % утверждали, что в их семье ни у кого из родных нет никаких зависимостей.

2. Играли ли члены вашей семьи в азартные игры? На этот вопрос 30 % респондентов ответили, что некоторые члены их семьи играют в казино, 30 % – играют на игровых автоматах; 13,33 % – играют в карты; 26,67 % – отметили игру в лото и другие игры.

3. Какие любимые игры были в детстве? Самой любимой игрой в детстве 50 % опрошенных назвали футбол и волейбол.

4. Являетесь ли вы членом какой-либо спортивной или общественной группы, если да, то какой? 23,3 % респондентов ответили, что и в настоящее время являются членами спортивной команды, а 36,67 % человек указали, что были членами команды в детстве.

5. Как у Вас складываются отношения с родителями, друзьями? Существенным моментом явилось то, что 40 % респондентов считают себя одиночками в своей семье, 23,33 % ответили, что иногда чувствуют себя одиночками, а 36,67 % считали себя востребованными относительно близких взаимоотношений.

6. В какие азартные игры играете Вы: казино, карты, игровые автоматы, тотализатор, лото? При оценке своей игровой активности 40 % респондентов ответили, что играют в клубах; 26,67 % играют в лото; 33,33 % играют в покер.

7. При каких обстоятельствах Вы впервые начали играть? 35,53 % человек ответили, что запуску игровой активности способствовали различные стрессовые ситуации; 34,21 % указали на приоритетное общение с друзьями, которые доминировали во взаимоотношениях и выбирали преимущественно проведение времени с ними в казино; 30,26 % отметили, что после посещения клубов случайно заходили поиграть в казино.

8. Что (кто) побудило (побудил) Вас начать играть? 53,33 % респондентов отметили, что начали играть самостоятельно; 46,67 % указали, что это был пример доминирующих друзей, которые зарабатывали на игре в казино.

9. Во сколько лет впервые сыграли? Ответили, что начали играть с 17 лет 73,33 %; а 26,67 % ответили, что начали играть с 20 лет.

11. Что Вас в большей степени привлекло в игре? Теоретическая возможность получить деньги или любопытство и интерес? Подавляющее количество опрошенных указало на возможность получения легких денег – 54,34 %, у 20,74 % основным мотивом явилось любопытство к игре, у 24,74 % интерес появлялся в процессе игры.

12. На какие деньги Вы играете? На этот вопрос 60 % респондентов ответили, что зарабатывают самостоятельно на игру, 40 % брали деньги в долг.

13. Какие цели Вы ставите перед собой, начиная играть в азартные игры? Основной целью 30 % респондентов указали выигрыш, для 30 % целью явилось развлечение; у 13,33 % определяющим мотивом являлось состояние везения; 26,67 % респондентов выбрали игру как уход от реальности.

14. Почему Вы продолжили играть в азартные игры? Что с Вашей точки зрения послужило причиной продолжения Вашего участия в азартных играх? Основным мотивом продолжения игры у 50 % человек явилось желание зарабатывать деньги, сильный азарт – у 23,3 %; испытывали интерес к тому, чтобы себя показать в игре – 26,67 % человек.

Анализ показателя частоты игрового процесса свидетельствовал, что 27 % респондентов играли в казино 1—2 раза в неделю, 68 % – около 4 раз в неделю, 5 % – посещали казино практически каждый день.

При опросе положительных сторон наличия игровой активности в жизни респонденты выделили следующие: игры способствуют развитию реакции и логического мышления, дают возможность робким и стеснительным людям проявить себя и общаться с другими людьми, работать в команде, позволяют снять напряжение в повседневной жизни. К отрицательным сторонам игровой активности они отнесли следующие: затрачивается много времени на игру, слабых и безвольных людей игра делает зависимыми, игра способствует «пассивному» образу жизни.

Нами была прослежена оценка отношения респондентов к четырем типам произошедших с ними в жизни событий: опасность, несчастные случаи, телесные наказания; болезни и смерть близких; проступки, совершенные кражи; новые жизненные ситуации. Более половины опрошенных указывали актуальными несколько типов событий.

При анализе ответов характерными для данной группы лиц явились воспоминания о произошедших опасностях, несчастных случаях и телесных наказаниях (82,4 %), что показывает на их устойчивый характер сосредотачиваться на негативных воспоминаниях и враждебной стороне жизни. У 17,8 % респондентов ответы были сосредоточены на событиях, связанных с болезнью или смертью близких.

Воспоминания о негативных проступках и совершенных кражах отмечено у 52,9 % опрошенных, что сочеталось у них с постоянным желанием скрыть данный опыт как постыдный, практически все респонденты отметили огромную значимость необходимости в помощи относительно предупреждения краж в дальнейшем жизненном опыте. Воспоминания новых жизненных ситуаций вызывали большое впечатление только у 29,4 % человек. Таким образом, наиболее характерными для категории зависимых от азартных игр среди населения Республики Беларусь лиц явились фиксация на негативной стороне прошлого опыта и тенденция избегания обвинений в совершенных проступках и кражах.

Описание пережитых чувств и эмоций также явилось важным средством постижения их жизненного стиля, оно отражало их подход к проблеме своей игровой зависимости и способствовало выявлению имеющегося интереса к эмоциональной стороне жизни, к собственным чувствам и чувствам других людей.

Определена характеристика социального интереса опрошенных, выделены ответы о их поведении по отношению к среде и о переживаемом качестве среды: рассмотрены такие категории как активность-пассивность, враждебность-доброжелательность, отгороженность-общительность, зависимость-независимость. К параметрам переживаемого субъектом качества среды отнесли следующие характеристики: угрожающая-дружественная; отвергающая-принимающая; неуверенность-уверенность; угнетенность-радость; негативное обращение – позитивное обращение.

Анализ ответов показал, что у 15,9 % опрошенных поведение по отношению к зависимости было пассивным; испытывали чувство несостоятельности по отношению к зависимости – 18,8 %; доброжелательное отношение – 12,9 %; независимое отношение – 2,9 %; неуверенность – 23,5 %; печаль – 12,3 %; 17,6 % респондентов отметили активность в собственном поведении и сопротивление по отношению к развитию зависимости.

Таким образом, основным стилем поведения явился недеятельный и неактивный по отношению к развитию зависимости от игры, характерным явилось отсутствие социального интереса и неудовлетворенность собой и своей настоящей деятельностью.

Оценка имеющихся взаимоотношений с родными и близкими показала следующее: 12,9 % указали на пассивность взаимоотношений; негативные взаимоотношения – 18,8 %; активное общение – 8,7 %; доброжелательное отношение родных – 5,8 %; недружеское отношение – 29,4 %; отвергающее – 24,4 %.

Вовлеченность в свое предполагаемое будущее респонденты оценивали следующим образом: пассивное отношение – 12,9 %; отвергающее отношение – 15,6 %; утрата уверенности в себе и возможности изменения ситуации – 5,8 %; активное изменение происходящего – 14,7 %; доброжелательное – 5,8 %; заботливое – 5,8 %; игнорирующее – 39,4 % человек. По отношению к семье были отмечены следующие характеристики поведения: враждебное – 20,8 %; угрожающее – 18,4 %; отвергающее – 40,2 %; фрустрирующее – 20,6 %. При определении отношения к самому себе было отмечено: враждебное отношение – 39,4 %; фрустрирующее – 11,8 %; пассивное – 15,8 %, угрожающее – 5,8 %; неуверенное – 27,2 %.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что лица с игровой зависимостью имеют значительные внутриличностные проблемы, в основе которых лежат переживания эмоциональной депривации значимых отношений, негативный опыт взаимодействия с эмоционально значимыми людьми. Отмечено частое использование в качестве компенсации различных форм психологической защиты – манипулятивного стиля взаимодействия, вытеснение имеющихся проблем.

Были определены виды активности, провоцирующие и поддерживающие имеющуюся игровую зависимость: когнитивная активность, которая предполагала получение когнитивного результата, переживаемого зависимым от игры как чувство удовлетворенности от процесса, сопровождающееся положительными эмоциями; поведенческая активность, выражающаяся в принятии решения действовать в игровой ситуации самостоятельно; личностная активность – превращение игры в стиль жизни, поглощение игрой всех жизненных сил, эмоций, рабочей энергии и времени; социальная активность с преимущественной социальной изолированностью и погружением только в игровой социум. Большинство респондентов отмечали, что были равнодушны ко всему, что происходит вокруг, но были заинтересованы только событиями, связанными непосредственно с игрой и получением азартных впечатлений.

Показано, что основными мотивами продолжения игры явились: удовольствие от выигрыша – 73 %; победа над соперником по игре – 18 %; полученный значительный заработок – 9 %. Особенно опрошенными подчеркивалось пережитое ощущение испытанного всемогущества, которое создавал выигрыш.

Наряду с возрастающими дисфункциональными процессами в общении и погружением в игровой социум происходило искажение и потеря ценности таких значимых механизмов межличностной перцепции, как идентификация, эмпатия, рефлексия. Утрачивалась способность ставить себя на место партнера, сопереживать, представлять, каким воспринимают тебя окружающие.

Заключение. Проведение письменного интервью дает возможность структурировать изучение личностных, поведенческих характеристик, стадии увлеченности и степени тяжести зависимости от азартных игр. Данные письменного интервью определили основные мотивы игровой активности: удовольствие от выигрыша, победа над соперником в игре и значительные изменения, произошедшие в когнитивной, личностной и социальной активности.

НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

Васильева С. Н., Симуткин Г. Г., Смирнова Н. С.

НИИ психического здоровья, Томск, Россия

Актуальность проблемы. Безработица может выступать в качестве пускового механизма развития депрессивных и тревожных расстройств (Гычев А. В., 1997; Боцмановская М. Б., 2006). С другой стороны, аффективные расстройства могут приводить к потере работы (Whooley M. A. et al., 2001).

Целью исследования была оценка влияния коморбидных депрессивных и тревожных расстройств на трудоспособность пациентов.

Материал и методы исследования. На базе отделения аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья нами было обследовано 140 пациентов (107 женщин и 33 мужчины). Из них основную клиническую группу составили 70 человек с верифицированным диагнозом депрессивного расстройства (депрессивный эпизод – 47,1 %, рекуррентное депрессивное расстройство – 38,6 %, дистимия – 14,3 %) и коморбидного тревожного расстройства (паническое расстройство – 51,4 %, генерализованное тревожное расстройство – 24,3 %, другие смешанные тревожные расстройства – 18,5 %, агорафобия с ПР – 2,9 %, социальная фобия – 2,9 %) в соответствии с критериями МКБ-10. В группу сравнения вошли больные, страдающие депрессивным расстройством без наличия коморбидного тревожного расстройства (депрессивный эпизод – 45,7 %, рекуррентное депрессивное расстройство – 44,3 %, дистимия – 10,0 %). Распределение пациентов в исследуемых группах по полу не имело статистически значимых различий ($p > 0,05$). При этом в основной группе (74,3 % – 52 чел.) и группе сравнения (78,6 % – 55 чел.) преобладали женщины. По возрасту пациенты основной группы ($45,6 \pm 12,7$ года) и группы сравнения ($49,4 \pm 11,6$ года) были сопоставимы ($p > 0,05$). Анализ нозологической структуры депрессивных расстройств в исследуемых группах указал на отсутствие статистических различий ($p > 0,05$).

Результаты исследования. Все пациенты основной группы и группы сравнения были разделены на две подгруппы. Работающие: основная группа – 41 чел. (58,6 %), группа сравнения – 40 чел. (57,1 %). Неработающие: основная группа – 29 чел. (41,4 %), группа сравнения – 30 чел. (42,9 %). В группе безработных нами были выделены две подгруппы.

В первую подгруппу вошли пациенты, потерявшие работу вследствие аффективного расстройства (уволившиеся по собственному желанию из-за невозможности выполнения своих служебных обязанностей, либо уволенные по причине невыполнения последних) и пациенты, не имеющие опыта работы, опять же вследствие аффективного расстройства (в данных случаях начало аффективного расстройства пришлось на подростковый возраст). Следует отметить, что ни один пациент из этой подгруппы неработающих не имел инвалидности по психическому заболеванию.

Вторую подгруппу составили больные, неработающие по другим причинам: пенсионеры, домохозяйки, потерявшие работу в результате сокращения рабочих мест. В зависимости от причины утраты трудоспособности неработающие пациенты в основной группе и группе сравнения распределились следующим образом. Неработающие вследствие аффективного расстройства в основной группе составили 31 % (9 чел.), в группе сравнения – 6,7 % (2 чел.), а неработающих по другим причинам в основной группе оказалось 69 % (20 чел.), в группе сравнения – 93,3 % (28 чел.).

Выводы. Таким образом, при практически одинаковом количестве безработных в исследуемых группах удельный вес неработающих пациентов вследствие аффективного расстройства в основной группе превысил соответствующий показатель в группе сравнения почти в 5 раз ($p < 0,05$, χ^2 -статистика). Из этого следует вывод, что депрессивные расстройства с коморбидным тревожным расстройством в большей степени оказывают негативное влияние на трудоспособность пациентов, чем депрессии без коморбидного тревожного расстройства.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Васильева Ю. Е., Лисняк М. А.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность исследования. На сегодняшний день мировая практика лечения психических заболеваний ушла от методов, основанных только на применении фармакологических средств. Давно известно, что их эффективность значительно ниже, если они не дополнены другими методами лечения, в частности психотерапией.

Это связано с тем, что лечение психических заболеваний – это не только работа с восстановлением функций мозга, в некоторых случаях, эндокринной системы и т. д., но еще и работа с психологической и социальной составляющей. На значение психотерапии в лечении психозов указывали известные отечественные психиатры С. С. Корсаков (1911), Ю. В. Каннабих (1934), в более позднее время С. И. Консторум (1962), М. М. Кабанов (1985), В. Д. Вид (1991), Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий (1994), А. А. Чуркин (1995), Б. А. Казаковцев (1996) и др.

Особенностью психических заболеваний является то, что страдает личность больного в целом, нарушаются его социальные связи, поэтому данные пациенты нуждаются в реабилитации. Реабилитация психически больных понимается как их ресоциализация, восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Наиболее адекватно целям реабилитации, направленным на восстановление личного и социального статуса больных, служит психотерапия. Изменение проявлений и течения психических заболеваний в сторону их смягчения и расширение возможностей психофармакологического лечения способствовало возрастанию роли и повышению эффективности психотерапевтического воздействия. При этом «точкой приложения» психотерапии, в отличие от биологических методов лечения, является не сам патологический процесс, а личность пациента и система его отношения к действительности. В этом и кроется общее и отличительное в психотерапии больных неврозами и психически больных.

В случае с неврозами психотерапия нацелена в большей мере на причину болезненного состояния, при психических заболеваниях – на соучаствующие факторы и повышение адаптивных возможностей. Целесообразность применения при психических заболеваниях различных форм психотерапии (рациональной, суггестивной и др.) не вызывает сомнений. Однако групповая ПТ во всех ее многочисленных вариантах рассматривается как наиболее адекватный метод реабилитации (ресоциализации) больных психозами. В условиях группы осуществляется одновременное влияние на все основные компоненты отношений – познавательный, эмоциональный и поведенческий; достигается глубокая перестройка важнейших свойств личности, к которым относятся сознательность, социальность и самостоятельность. Групповая ПТ больше, чем какой-либо другой метод психосоциального воздействия, способствует восстановлению системы отношений больных с микросоциальным окружением, приведению ценностных ориентаций в соответствие с образом жизни, т. е. решению тех первоочередных задач, без которых невозможно успешное социальное функционирование пациентов.

Можно выделить два вида групповых методов психотерапии и социотерапии в реабилитации.

1. Терапевтические процедуры, направленные на социальное поведение больного, его коммуникативность, способность к самореализации, разрешению психологических и преодолению социальных конфликтов. Они проводятся, во-первых, в психотерапевтических группах, где изменение нарушенных способов поведения и переживания становится предметом обсуждения и сознательной рефлексии. Это группы, фокусированные на конфликтной проблематике больного (разговорные группы и группы проблемных дискуссий). Во-вторых, терапевтические группы, в которых взаимодействия между пациентами опосредованы совместной деятельностью и переживанием (занятия художественным творчеством, совместное прослушивание музыки). Это группы, использующие тренировочные техники, игровые и творческие формы занятий (психомоторные, коммуникативные, группы арт- и музыкотерапии). Творческая организация свободного времени, наряду с трудом, так же рассматривается как средство формирования личности.

2. Оптимальная организация социальной структуры коллектива пациентов, имеющая в основе так называемые средовые группы: совет и собрания больных, функциональные группы, коллективные экскурсии, клуб пациентов и т. п. Эти социально-терапевтические группы, ориентированные на социальную активацию больных и их приобщение к жизни в обществе, способствуют тренировке общения и прививают пациентам навыки адекватного поведения в семье и на работе. Они обеспечивают корригирующий социальный климат, позволяющий заново пережить межличностные связи.

Лечебные цели психотерапевтической работы достижимы лишь тогда, когда в достаточной мере учитывается активность патологического процесса, психическое состояние больного, его личность, особенности его непосредственного социального окружения, его индивидуальные жизненные условия, которые в совокупности определяют его реальные возможности. Так же, наряду с групповой ПТ, на практике успешно применяются следующие виды психотерапии для реабилитации психически больных.

Семейная терапия – при правильном подходе резко улучшает состояние больного, что проявляется в статистически достоверном увеличении длительности ремиссии. Суть семейной ПТ – снизить уровень эмоционального вмешательства родственников в жизнь больного, т. е. не проявлять к больному никаких эмоций – ни негодования («ленивый, работать не хочет»), ни любви («бедняжка, надо ему помочь, позаботиться о нём»).

Когнитивно-поведенческая – один из самых сильных методов психотерапии при шизофрении. Исследования в нескольких странах показывают совершенно одинаковые результаты. Лечебный эффект воздействия чистой КПТ без использования нейролептиков оказался на 50 % выше, чем лечение только нейролептиками без использования психотерапии. В США, Канаде, Великобритании и Австралии этот вид психотерапии недавно введён в обязательную программу лечения в клиниках.

Групповая гештальттерапия – наиболее эффективна на поздних этапах лечения, как средство возвращения человека в социум. Это третий и последний, после семейной и когнитивно-поведенческой, тип психотерапии, который с большой степенью вероятности приносит успех в лечении.

Экзистенциально-личностная психотерапия – приносит слабое воздействие и применяется за рубежом только по желанию самого больного, чтобы помочь решить его внутренние экзистенциальные проблемы.

Таким образом, психотерапия в работе с психическими больными будет решать ряд задач, таких как: предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения; подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма (который нередко наблюдается в современных реабилитационных отделениях для психически больных).

Заключение. Ввиду сказанного психотерапия должна быть неотъемлемым звеном в системе комплексной реабилитации психически больных. Она, наряду с остальными видами лечения, составляет единый комплекс методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой достижения эффективного социального и трудового восстановления пациентов и оптимизации их личностного развития. Но нужно не забывать, что методы, содержание психотерапии должны определяться своеобразием фаз, форм и типов течения заболевания. Большое значение приобретает правильный учет соотношения психотерапевтической тактики и биологической терапии в системе восстановительного лечения.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Вишнякова Н. Н.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Адаптация является важным динамическим процессом, благодаря которому человек, несмотря на постоянно изменяющиеся условия жизни, поддерживает устойчивость, необходимую для его существования и развития. Адаптационные процессы тесно связаны с эмоциональным напряжением и стрессом. Психическая напряженность проявляется в снижении устойчивости психических функций и приводит к уменьшению эффективности деятельности к ее дезинтеграции.

Проблема психологического обеспечения адаптации человека к различным условиям современной жизни и деятельности на фоне процесса выживания в условиях кризиса заявляет сегодня о себе достаточно остро и является приоритетной для клинических психологов.

Проблема психического здоровья человека возникает в случае развития адаптации по пути неустойчивой психической деятельности. В данном случае имеет место угроза как глубоких психических изменений личности, так и суицидальных эксцессов. В том случае, если не будет своевременно диагностировано дезадаптивное состояние и оказана соответствующая помощь, могут возникнуть серьезные нервно-психические расстройства и психические заболевания.

Ряд отечественных исследователей рассматривают психическую адаптивность как интегральное свойство личности, характеризующее ее способность противостоять срывам адаптации [1, 2, 3, 5].

Отечественный патофизиолог И. В. Давыдовский полагал, что диапазон приспособительных способностей не измеряется альтернативой «болезнь или здоровье». Между ними располагается целый спектр промежуточных состояний, указывающих на особые формы приспособления, близкие то к здоровью, то к заболеванию, и все же не являющиеся ни тем, ни другим.

Особенное значение имеет своевременное распознавание предболезненных субклинических состояний, которые диагностируются и определяются как невротические и патохарактерологические реакции в отличие от клинически очерченных синдромов (неврозы и неврозоподобные состояния; психопатии и психопатоподобные состояния).

Предболезненные, субклинические состояния характеризуются тем, что не достигают степени выраженности синдромально очерченных состояний, возникают от незначительных причин, имеют тенденцию к стереотипному повторению, они нестойки и не сопровождаются выраженной социальной дезадаптацией [8].

В. В. Буняев считает, что адаптация, как одно из фундаментальных свойств живой материи, является результатом и средством разрешения внутренних и внешних противоречий. Плата за адаптацию зависит от резервных возможностей организма, которые определяются функциональным состоянием человека, его функциональными ресурсами [4].

По Ю. А. Александровскому, показателем психической дезадаптации является нехватка «степеней свободы» адекватного и целенаправленного реагирования человека в условиях психотравмирующей ситуации. Длительное и резкое напряжение функциональной активности барьера психической адаптации приводит к его перенапряжению, что проявляется появлением преневротических состояний и легких нарушений (повышенная чувствительность к обычным раздражителям, незначительная тревожность, беспокойство, заторможенность или суетливость в поведении, бессонница и т. д.). Эти изменения носят парциальный и временный характер, не вызывают изменений целенаправленного поведения человека и адекватности его аффекта. Своевременная диагностика и квалификация нарушений психической адаптации являются непременным условием их профилактики и коррекции [1, 2].

Выявление функциональных отклонений со стороны нервно-психической сферы и их правильная оценка часто затруднительна из-за специфики этих нарушений. Клинические проявления пограничных состояний разнообразны по своему происхождению и выраженности. На начальных этапах развития отклонений они предстают в виде отдельных симптомов и даже микросимптоматики. Относительно некоторых из них часто трудно бывает определить, являются они патологическими или естественными отклонениями от нормы («абсолютной нормы»). Минимальные нарушения нервно-психического здоровья из-за схожести симптоматики донологических форм этих расстройств, проблем адаптации, возрастных и индивидуально-типологических особенностей поведения часто своевременно не распознаются. Однако раннее выявление таких отклонений абсолютно необходимо, так как пограничные состояния, занимающие промежуточное положение между здоровьем и болезнью, содержат в себе истоки нервно-психической неустойчивости, психосоматических расстройств, психопатологии, психосоциальной дезадаптации, злоупотребления алкоголем, наркотиками, дисгармонического развития личности [2].

Риск возникновения расстройств адаптации существенно зависит от индивидуальных особенностей, исходного уровня стрессоустойчивости, личностных ресурсов, позволяющих преодолевать негативные последствия стрессогенной ситуации. Отсюда возникает острая необходимость включения психологической диагностики в комплекс многостороннего врачебного исследования в системе диспансеризации в ведомственных медицинских учреждениях.

Именно данный подход может способствовать решению задач дифференциальной диагностики и обоснования психокоррекционных, психогигиенических и психопрофилактических мероприятий.

Непринятие своевременных мер коррекции донологических отклонений приводит к формированию выраженных форм нарушений нервно-психического здоровья, социального функционирования, к разрушительным формам поведения (аддиктивным, делинквентным, суицидальным). Наиболее значимой функцией практической деятельности клинических психологов является диагностика, оценка и коррекция дезадаптационных психических нарушений различного генеза.

Клинические психологи, используя свой психодиагностический инструментарий, должны участвовать, наряду с врачебным персоналом лечебных учреждений, в постановке клинического (патопсихологического) диагноза, уточнении регистра (невротического, психотического) и ведущих компонентов (когнитивных, эмоционально-волевых, личностных) расстройств.

Для проведения уровневой оценки психического состояния широко используется разработанный в Психоневрологическом научно-исследовательском институте им. В. М. Бехтерева тест «Нервно-психическая адаптация» (Гурвич И. Н., 1992). Эта методика позволяет разделить обследуемых лиц на пять выделяемых в психиатрии групп психического здоровья. Крайними категориями многомерной шкалы адаптации выступают абсолютное (идеальное) нервно-психическое здоровье и вероятное болезненное нервно-психическое состояние [6, 7]. Данная методика позволяет определить индивидуальный уровень (континуум) нервно-психической адаптации. Согласно концепции методики, полюсами индивидуального уровня нервно-психической адаптации являются психическое здоровье и состояние предболезни.

Работая вне лечебных учреждений, клинические психологи проводят психодиагностические процедуры для выявления лиц, склонных к развитию дезадаптационных нарушений (с выраженными признаками нервно-психической неустойчивости) с целью дальнейшего планирования и проведения с ними психокоррекционных мероприятий в системе психопрофилактики.

Данная работа требует достаточной профессиональной подготовки психолога и практического владения методиками, позволяющими снижать излишнее нервно-психическое напряжение, корректировать негативные психические состояния, осуществлять поддержку психической деятельности по переадаптации, необходимо использовать различные методы и техники психорегуляции и мобилизации необходимых психических ресурсов. Их осуществление необходимо сочетать с анализом и изучением наиболее остро переживаемых неудовлетворенных потребностей и изысканием возможностей для адекватного, в той или иной степени, их удовлетворения или же с оказанием помощи в конструктивной переоценке ситуации

Особого внимания и помощи требуют лица, склонные к дезадаптивным состояниям из-за низкого уровня их адаптационных способностей. Важное место занимает работа психолога по снижению уровня влияния психогенных факторов условий среды и профилактике дезадаптивных состояний. Профилактическая работа включает в себя два основных блока собственно психологических средств и методов: групповые и индивидуальные.

Групповая работа, направленная на снижение уровня нервно-психического напряжения, регуляцию психических состояний, должна проводиться на этапе переадаптации. При комплектовании групп необходимо учитывать вероятный тип дезадаптации, так как стратегия работы по каждому из них и используемые средства будут различны.

Своевременное выявление факторов риска психической дезадаптации и типов формирования дезадаптации (соматогенного, социогенного, психогенного) позволяет определить конкретную программу психологического сопровождения, в основе которой может быть интегративная модель патогенетической психотерапии, включающая в себя элементы аутотренинга, НЛП, самогипноза, гештальттерапии, рационально-эмотивной терапии, когнитивной, поведенческой, телесно-ориентированной терапии. Программа должна быть направлена как на развитие адаптивных способностей, так и на выявление причин и устранение симптоматических комплексов, а также на изменение установок отношений к той или иной психотравмирующей ситуации.

Л и т е р а т у р а

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 1. – С. 12–14.
3. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л. : Наука, 1988. – 270 с.
4. Буняев В. В. Разработка моделей и алгоритмов оценки адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний : автореф. дис. – Тула, 2000. – 29 с.

5. Воробьев В. М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 33—39.
6. Гурвич И. Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 3. – С. 46—53.
7. Дьяконов И. Ф., Овчинников Б. В. Психологическая диагностика в практике врача. – СПб. : СпецЛит, 2008. – 143 с.
8. Семичов С. Б. Группировка состояний психического здоровья // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. – Л., 1986. – С. 8—17

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕВОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ № 1

Гершенович Г. М., Петров А. С.

**КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
Красноярск, Россия**

В соответствии с Распоряжением Правительства края в начале 2010 года была проведена реорганизация психиатрических учреждений региона путем слияния их в единое юридическое лицо. Организовано головное подразделение в Красноярске и 7 филиалов, из них 4 диспансерного типа с психиатрическими стационарами в городах Ачинске, Канске, Лесосибирске, Минусинске и 3 стационарного типа в поселках Пойма-Тина Нижнеингашского района, Овсянка и Атаманово Сухобузимского района. Мощность диспансера составляет 2 249 коек стационара круглосуточного пребывания; 420 мест дневного стационара; амбулаторная служба рассчитана на 1 000 посещений в день.

Для КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» производство судебно-психиатрических экспертиз является приоритетным направлением деятельности, осуществляющейся при плодотворном межведомственном взаимодействии с судебными органами Красноярского края. КГБУЗ ККПНД № 1 производит более 9 тысяч судебно-психиатрических, в том числе комплексных психолого-психиатрических экспертиз в год. Стационарные экспертизы для стражных и нестражных подэкспертных проводятся как для населения Красноярского края, так и для судебных органов соседних субъектов РФ (республики Хакасия и Тыва, Кемеровская и Томская области и др.). Экспертизу выполняют 46 сертифицированных врачей судебно-психиатрических экспертов (до 50 % внутренние совместители), 17 медицинских психологов-экспертов. Число штатных должностей психиатров-экспертов – 50, психологов-экспертов – 31, что соответствует штатным нормативам.

В результате постоянного в течение последних 10 лет роста количества экспертиз, достигающего 5 % в год, в Красноярском крае возникла проблема несоответствия возможностей экспертных отделений по производству экспертиз потребностям судебно-следственных органов, стали формироваться очереди на экспертизу. Для решения задачи по обеспечению своевременного производства судебно-психиатрических экспертиз был разработан и успешно реализован в течение 2014 года комплекс мер, направленный на повышение эффективности судебно-психиатрической экспертной деятельности.

КГБУЗ ККПНД № 1 является учреждением филиальной структуры, объединяющим в одно юридическое лицо практически всю психиатрическую службу Красноярского края (за исключением психоневрологического диспансера Норильска). За счет наличия филиальной сети из всех амбулаторных отделений судебно-психиатрической экспертизы КГБУЗ ККПНД № 1 была создана единая судебно-психиатрическая экспертная служба под управлением профильного заместителя главного врача по судебно-психиатрической экспертизе, ему же вменено в обязанности осуществлять непосредственное руководство самым крупным головным амбулаторным отделением СПЭ в Красноярске (мощность 3200 экспертиз в год).

Для улучшения межведомственного взаимодействия со следственными органами были организованы в режиме видеоконференций планерные совещания врачей-экспертов и представителей следствия. Кроме того, с этой же целью для взаимодействия с экспертной службой диспансера со стороны Следственного комитета, Управления МВД по краю, УФСКН закреплены специальные кураторы (работники управленческого аппарата). Организован мониторинг производства экспертиз, осуществляемый в форме Единого электронного Реестра судебно-психиатрических экспертиз. Применение электронного Реестра позволяет обеспечить мониторинг сроков производства судебно-психиатрических экспертиз во всех отделениях судебно-психиатрических экспертиз (не более 21 дня при амбулаторных экспертизах, не более 30 дней при стационарных экспертизах). Использование Реестра обеспечивает объективное оперативное информирование следователей, руководство следственных подразделений, судей, судебного департамента об этапах производства экспертиз. Для обеспечения ведения Реестра специалистами диспансера проведена модернизация сайта диспансера (kraspsixo.ru), разработан необходимый программный продукт, предназначенный для многоканальной совместной удаленной работы.

Разработанная компьютерная программа Реестра позволяет внести медресистратору отделения экспертизы всю необходимую информацию с минимальными затратами времени, при этом за счет использования формализованных справочников исключается возможность совершения какой-либо ошибки, а цветовая индикация различных этапов производства экспертизы делает информацию Реестра удобной для использования следователями и судьями.

Реестр на сайте находится в свободном доступе, так как в нем не указываются персональные данные, а только номер уголовного или гражданского дела. На сайте диспансера для следователей размещены разработанные специалистами экспертной службы методические материалы по порядку подготовки уголовного дела для судебно-психиатрической экспертизы, по юридическому обоснованию назначения тех или иных экспертиз, специальные опросники для работы со свидетелями по сбору необходимых для экспертов информации. Для следователей организованы предварительные консультации руководителей экспертных отделений по различным аспектам назначения, планируемой судебно-психиатрической экспертизы, что позволяет сформулировать экспертное задание оптимально соответствующее целям следствия.

Для улучшения межведомственного взаимодействия с судебно-следственными органами, улучшения качества подготовки дел к экспертизе в штат головного амбулаторного отделения судебно-психиатрической экспертизы в Красноярске введена должность юрисконсульта, на которую принят специалист с юридическим образованием и опытом работы в качестве следователя Следственного комитета. В должностные обязанности юрисконсульта входит прием уголовных и гражданских дел, проверка материалов дела на соответствие обязательным требованиям, взаимодействие со следователями и судьями по вопросам предоставления в случае необходимости дополнительных материалов.

Все рабочие места экспертов обеспечены компьютерами с подключением к локальной сети, интернету, юридической справочной системе «Гарант», электронному архиву экспертных заключений (в электронном архиве накоплены заключения начиная с 1997 года), электронной библиотеке методических материалов по СПЭ. С целью усиления профессиональной мотивации и соответственно увеличения производительности труда психиатры-эксперты переведены на трудовой договор в форме «эффективного контракта», где заработная плата зависит от количества экспертиз и сроков их исполнения.

Экспертизы по гражданским делам для определения сделкоспособности проводятся в рамках платных медицинских услуг (стоимость экспертизы 16 тысяч рублей). Средняя заработная плата психиатра-эксперта к настоящему времени составляет 55—60 тысяч рублей.

Для увеличения объема экспертной работы психиатрам-экспертам высшей категории, количество которых составляет до 70 % от общего числа экспертов, предоставлено право единоличного производства экспертиз. Для производства экспертиз в отношении обвиняемых по ст. 228 УК РФ с постановкой вопросов в соответствии со ст. 82. 1 УК РФ в штат всех экспертных отделений приняты сертифицированные врачи психиатры-наркологи.

Контроль качества экспертной деятельности организован в форме перекрестных проверок заключений судебно-психиатрических экспертов на соответствие стандартам судебно-психиатрической экспертизы. Принципиальной особенностью перекрестного рецензирования является то, что контроль качества судебно-психиатрической экспертизы осуществляют не только специалисты административно-управленческого уровня, но врачи судебно-психиатрические эксперты, точнее команда специалистов, что позволяет создать атмосферу взаимного доверия, достичь полной объективности в оценке работы коллег. Причем каждый из экспертов обязательно бывает в роли как проверяющего, так и проверяемого, что позволяет трансформировать процесс контроля других в более эффективный для совершенствования качества в процесс самоконтроля.

Проведенная в 2014 г. модернизация судебно-экспертной деятельности позволила достигнуть полного обеспечения потребности судебно-следственных органов в необходимых объемах экспертиз надлежащего качества при отсутствии очередей на производство экспертиз.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Григорьева И. В., Докукина Т. В., Хлебоказов Ф. П., Махров М. В.

РНПЦ психического здоровья, Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. По данным ВОЗ, до 80 % страдающих эпилепсией людей могут вести нормальный образ жизни при адекватной терапии. Отмечено, что во многих странах мира люди, страдающие эпилепсией, и их семьи могут подвергаться стигматизации и дискриминации, которая вызывает часто более значительный уровень психологической травматизации, чем сами эпилептические приступы.

Больные эпилепсией имеют ограниченный доступ к медицинскому страхованию и страхованию жизни, лишены возможности получения водительских прав и, помимо прочих ограничений, сталкиваются с препятствиями на пути получения определенных профессий. Даже в самых развитых странах в связи с плохой ориентацией в этом заболевании общества действующие законодательные положения значительно ограничивают социальную активность, приводя к социальной дезадаптации пациентов и изоляции.

Необходимость длительного приема одного или нескольких противосудорожных препаратов обуславливает высокую частоту побочных эффектов и является медицинской причиной стигматизации. Несмотря на то что адекватная противосудорожная терапия позволяет добиться ремиссии заболевания у 50–70 % пациентов, нежелательные побочные эффекты могут наблюдаться со стороны когнитивной и репродуктивной сфер.

Начало настоящего столетия можно считать периодом развития и внедрения психотерапевтической методологии в лечение эпилепсии, которая направлена на преодоление пароксизмальных проявлений, изучение межприступного периода и внутренней картины болезни, а также создание эффективных подходов к адаптации пациентов в обществе в целом.

В настоящее время работ, отражающих эффективность вклада психотерапии и психокоррекции в терапевтический процесс, опубликовано незначительное количество.

Цель настоящего исследования – оценить эффективность действия дестигматизационной психотерапевтической программы для пациентов с психическими и поведенческими расстройствами при эпилепсии.

Материал исследования. В исследование были включены 53 пациента с наличием в личном анамнезе в соответствии с МКБ-10 диагнозов из рубрик F06.4–F06.7, F07.0 вследствие G.40.0–G.40.06. Длительность заболевания у пациентов исследовательской выборки не более 20 лет, возраст от 25 до 55 лет. Все пациенты были разделены на две сопоставимые группы численностью 30 и 23 человека.

Пациентам основной группы (I) в дополнение к стандартной медикаментозной терапии проводилась дестигматизационная психотерапевтическая программа, включающая нервно-мышечную релаксацию и ресурсные технологии, продолжительностью 20 встреч.

Пациенты контрольной группы (II) получали медикаментозную терапию противосудорожными лекарственными средствами.

Методы. Психологическое исследование проводилось с применением методик: шкала реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) Ч. Д. Спилбергера, модифицированная и адаптированная Ю. Л. Ханиным (1976), госпитальная шкала тревоги (А) и депрессии (D) «Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS), разработанная А. Зигмонд, Р. Снайт (1983).

Обсуждение результатов. В I группе наблюдалось 30 пациентов: 24 женщины (80 %) и 6 мужчин (20, %), во II группе – 23 пациента: 15 женщин (65,2 %) и 8 мужчин (34,8 %).

При поступлении в стационар эмоциональные нарушения были выявлены у пациентов обеих групп. Предъявлялись жалобы на постоянное чувство тревоги относительно неизвестности возникновения следующего приступа или серии приступов, опасения возможной травматизации тела, колебания настроения до и после приступов. Все пациенты отмечали в своем жизненном опыте проявления дискриминации в виде ограничений и непонимания со стороны близких и родных, значительную психологическую травматизацию от социальных ограничений в обучении и трудоустройстве. Около 80 % пациентов имели вторую группу инвалидности и у них отмечался наиболее высокий уровень самостигматизации, как в связи с потерей работы, так и из-за постоянного наличия чувства невостребованности, обремененности и вины перед родными, имеющейся социальной изоляции.

Психотерапевтическая дестигматизационная программа включала три последовательных блока: 1) на фоне курса нервно-мышечной релаксации внимание было акцентировано на освоении навыка релаксации, как важной необходимости снятия телесного напряжения в до- и постприступном периодах, отдаленном периоде после приступов; 2) благодаря выявленному наличию имеющегося характера самостигматизации и стигматизации и их различных составляющих во внутренней картине болезни осуществлен подбор для каждого пациента новых индивидуальных вариантов реагирования и функционирования; 3) сформированы позитивные модели поведения и технологии оказания самопомощи и совладания с эпилептическим дистрессом, научения работе с антистрессовыми телесными зонами для нивелирования отрицательных последствий до и после приступа, подключение ресурсов изменения и собственной ресоциализации в будущем.

Проведенный анализ показал наличие умеренно выраженной РТ у пациентов обеих групп до проведения психотерапии – $31,07 \pm 2,1$ и $30,65 \pm 2,86$. Выявлено снижение РТ до уровня низких показателей после терапии – $22,13 \pm 1,72$ и $29,22 \pm 2,45$ со статистически значимым различием ($p < 0,05$) в I группе.

Выявлены высокие показатели ЛТ в I и II группах до психотерапии – $51,6 \pm 1,81$ и $48,39 \pm 1,76$, а также снижение уровня ЛТ в I группе после терапии до умеренного уровня – $40,57 \pm 1,63$ со статистически значимым различием ($p < 0,001$). Полученные результаты характеризуют статистически значимое снижение по обоим уровням РТ и ЛТ в I группе ($p < 0,05$), что подтверждает эффективность психотерапевтической дестигматизационной программы у пациентов с эпилепсией.

Анализ показателей по шкале HADS показал повышение до уровня субтревоги в I и II группах до проведения психотерапии ($8,6 \pm 0,85$ и $8,22 \pm 0,96$) и депрессии ($6,4 \pm 0,69$ и $7,22 \pm 1,03$ соответственно). Отмечено значительное снижение показателей по обоим шкалам (A и D) после психотерапии – $4,6 \pm 0,48$ и $3,87 \pm 0,46$ со статистически значимым различием ($p < 0,001$) в I группе по обоим шкалам. Обнаружено отсутствие динамики показателей во II группе ($7,65 \pm 0,91$ и $6,65 \pm 1,13$; $p > 0,05$). Полученные данные подтверждают существенное изменение психоэмоционального состояния, отмеченного в снижении уровней тревоги и депрессии в I группе, и свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности использования психотерапевтической дестигматизационной программы в процессе реабилитации.

Заключение. Пациенты, которым установлен диагноз «эпилепсия», нуждаются в постоянной психологической и психотерапевтической поддержке, проведении дестигматизационной психотерапевтической программы, основанной на активном партнерстве в диаде «врач – пациент», на всех этапах лечения и реабилитации с целью коррекции физического, психологического и социального функционирования, нарушенного вследствие эпилепсии.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТРУДОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Григорьева И. В., Кралько А. А.

**ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь**

В настоящее время проблема распространения алкоголизма продолжает оставаться одной из актуальных и социально значимых. В Республике Беларусь ежегодно регистрируется более 18 тысяч новых пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением с синдромом зависимости от алкоголя в Республике Беларусь, на протяжении последних 5 лет стабильно превышает 170 тысяч человек.

Вместе с тем лечение и реабилитация рассматриваемой категории пациентов представляет определенные трудности, недостаточно разработаны методики комплексной реабилитации с применением трудотерапии. Кроме того, в Республике Беларусь до настоящего времени сохранились лечебно-трудовые профилактории (далее – ЛТП), основной задачей которых является медико-социальная реадaptация лиц с хроническим алкоголизмом, направленная на преодоление ими алкогольной зависимости, формирование у них готовности к адаптации в обществе. При этом необходимо искать новые возможности повышения уровня трудовой адаптации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в ЛТП.

Целью исследования явилась разработка алгоритма комплексной медико-социальной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя с использованием трудотерапии в условиях ЛТП.

Материал и методы исследования. Для этого нами использовались материалы изучения клинико-психопатологических особенностей 350 пациентов, находящихся на лечении в РНПЦ психического здоровья в 2014—2015 гг. с синдромом зависимости от алкоголя. Средний возраст обследованных пациентов составил $38,17 \pm 0,64$ года. Использовался клинико-психопатологический метод, а также производилась оценка тяжести зависимого расстройства по Белорусскому Индексу Тяжести Аддикции (Бел-ИТА/В-ASI).

Обсуждение результатов. Оценка профиля проблем в отношении трудоустройства, проблем на работе и организации досуга дала возможность оценить потребность в трудовой социализации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Проблемы с работой и трудоустройством значительно беспокоили 34,7 % пациентов, а потребность в помощи решения данных вопросов отметили 38 % пациентов. Изучение анамнестических сведений показало, что не имели постоянной работы 46,7 % человек, а конфликтные взаимоотношения на работе с вышестоящим руководством отмечались у 22,0 % пациентов. Увольнение в связи с нарушениями трудовой дисциплины имели 40,0 % пациентов (в основном по поводу прогулов).

Имеющиеся проблемы с трудоустройством и работой были обусловлены, по мнению пациентов, употреблением на работе спиртных напитков и отсутствием дисциплинированности. В связи с отсутствием работы у 40 % были финансовые затруднения, 36,7 % пациентов имели долги и 24,7 % административные штрафы. Финансовые затруднения пациентов были связаны с отсутствием постоянного заработка, частой сменой рабочего места и постоянной потребностью в приобретении спиртных напитков.

У 63,3 % пациентов имелись проблемы с проведением свободного времени и организацией досуга. Особую озабоченность вызывало проведение досуга без алкоголя, так как по мере развития зависимости досуг становился однотипным и сводился к доминированию времяпровождения в компании лиц с алкогольными стандартами. Из досуга были исключены те виды, которые требовали интеллектуальных и волевых усилий, эмпатического взаимодействия с окружающими людьми. Проведение досуга опиралось у пациентов на стереотипные семейные и рабочие традиции с преобладанием алкогольного паттерна поведения, который был сформирован по оценке пациентов в их жизненном опыте ранее. У 64,7 % пациентов отмечалась настроенность в оказании помощи и получении знаний относительно организации досуга без алкоголя.

С учетом полученных результатов комплексную медико-социальную реабилитацию лиц с синдромом зависимости от алкоголя в условиях лечебно-трудового профилактория нами предложено проводить поэтапно, с использованием трудотерапии. На первом этапе следует изучить особенности функционирования мотивационно-потребностной сферы, клинические параметры и преморбидные особенности лиц с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях лечебно-трудового профилактория. Основная задача второго этапа – подобрать для лиц с синдромом зависимости от алкоголя виды труда с учетом их индивидуальных психологических особенностей, имеющегося реабилитационного потенциала и направленности мотивации к труду. Третий этап включает координацию мотивационных стратегий и видов труда для каждого этапа реабилитации согласно определенному объему медицинских, психокоррекционных, трудовых мероприятий.

Выводы. Таким образом, используя в процессе реадaptации научно обоснованный подход к подбору вида труда, можно повысить трудовую социализацию в системе реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, особенно в условиях лечебно-трудового профилактория.

ПЕРВИЧНЫЕ АДДИКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

Даренский И. Д.

ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия

Последовательность развития симптоматики аддиктивных расстройств в виде смены симптомов характеризует динамику заболевания. Симптомы следуют друг за другом по логике развития заболевания [Даренский И. Д., 2008]. Кроме последовательного появления и смены симптомов существует и патогенетическая связь проявлений заболевания, когда на основе одного расстройства развивается другое [Huber O., 1982]. Все основные простейшие элементы, составляющие аддикцию, можно сгруппировать, выделив среди них первичные и вторичные элементы. Патогенез психических заболеваний включает, в частности, формирование вторичных симптомов из первичных расстройств. Вопрос о разграничении первичной и вторичной негативной симптоматики до сих пор окончательно не решен. Вместе с тем ответ на него имеет принципиальное значение.

Представление о первичных и вторичных симптомах определяется так же, как патопсихологические и психопатологические симптомы [Даренский И. Д., 2003]. Первичные симптомы психических расстройств клинически не выражены и определяются при экспериментально-психологическом исследовании. Их выявление и оценка являются прерогативой психологов, использующих для обозначения психологические понятия. Первичные симптомы относятся к болезненным изменениям нормативных психологических функций, т. е. к патопсихологии, и образуют в целом патопсихологические симптомы и синдромы. Патопсихологические симптомы являются обратимыми и курабельными прежде всего под воздействием психотерапии. Психотерапия всецело адресована патопсихологическим симптомам, знание которых является обязательным условием эффективного лечения аддиктов.

На основе первичных симптомов путем психогенеза возникают вторичные симптомы, имеющие клиническую выраженность и наблюдаемые психиатром. Поэтому они относятся к области психопатологии или психической патологии. Психопатология или клиническое описание аддиктивных расстройств относится к клинической психиатрии. Психопатологические симптомы являются непреходящими и не могут быть терапевтической мишенью. Попытки воздействовать на вторичные симптомы оказываются малоэффективными.

В настоящее время выделяется целый ряд патопсихологических аддиктивных синдромов соответственно основному психопатологическому аддиктивному синдрому – синдрому наркоманической зависимости.

Возникновение вторичных симптомов мотивов аддиктивного поведения обусловлено акцентуацией характера, выступающей в данном случае как первичные симптомы. Так у лиц с уклоняющейся акцентуацией характера психоактивные вещества используются как химический протектор, гистрионных – как форма реализации стремления к доминированию и постоянной смене впечатлений и т. д. Психотерапевтический подход в устранении аддиктивных мотивов состоит в компенсации особенностей характера в виде компенсирующей психотерапии [Даренский И. Д., 2007].

Влечение к употреблению алкоголя и опьянению входит в понятие «аддиктивное влечение», которое в широком смысле подразумевает стремление к объекту зависимости [Даренский И. Д., 2001]. В динамическом приближении влечение представляет собой этап мотивационного процесса, его можно представить следующим образом. Психофизическое состояние индивида является неустойчивым и меняется под воздействием окружающей среды и внутренних процессов. Изменение состояния проявляется в появлении некоего тренда, смутно осознаваемой потребности. Индивид трактует это изменение в пределах знакомых ему средств удовлетворения возникшей потребности. Определенность в средствах решения потребности переводит тренд в желание. Если предположить, что индивид незнаком с действием алкоголя, то, естественно, он выбирает иное знакомое ему средство изменения психического состояния. У алкогольного аддикта как раз все обстоит наоборот – любое изменение психофизического состояния вызывает у него желание употребить алкоголь как средство купирования. По мере повышения определенности в выборе средств смутные желания перерастают в намерение с четким алгоритмом действия. Одной из принадлежностей намерения является идеаторный компонент. При болезненных изменениях реактивности в рамках аддиктивного синдрома нормативное влечение к опьянению приобретает болезненные черты. Влечение становится доминирующим, затем сверхценным с соответствующим идеаторным компонентом. Наконец, у аддикта пропадает критика к состоянию и поведению, появляется социальная дезадаптация.

Такая характеристика аддиктивного влечения позволяет понять разночтения авторов. Представление об аддиктивном влечении, как нормативном психическом проявлении [Менделевич В. Д., 2010], вызывает многочисленные возражения [Гофман А. Г., 2011].

Традиционно аддиктивное влечение рассматривается как психопатологическое явление: обсессивно-компульсивное расстройство [Пятницкая И. Н., Найденова М. Г., 2002], сверхценное образование, паранойальное расстройство [Альтшулер В. Б., 1994], сверхценная структура доминантного типа [Чирко В. В., 2010], паранойальный бред [Благов Л. Н., 2005]. Патологическое влечение в своем развитии доходит до бредового уровня поражения психики, что приводит больных к нелепым поступкам и полной социально-психической дезадаптации [Михайлов М. А., 2010]. Все становится на свои места, если представить аддиктивное влечение как динамически развивающийся вторичный симптом.

Вполне естественно, что психопатологические симптомы, такие как депрессия, обсессия и др., увеличивают риск появления и актуализации аддиктивного влечения. Но это не значит, что эти симптомы являются патогенетической основой его, как утверждают некоторые авторы [Рохлина М. Л., 2010]. Психотерапевтическое купирование аддиктивного влечения адресовано не только и не столько непосредственной дезактуализации влечения, сколько компенсации волевого дефицита.

Симптом потери контроля (качественного, количественного и ситуационного) является вторичным по отношению к нарушениям волевых свойств личности. Нормативный волевой процесс и его часть в отношении принятия решений можно представить как выбор вариантов поведения. В ходе выбора индивид приближается к какому-то решению. При определенной степени приближения выбранное решение овладевает мыслями и деланиями индивида. Момент критического приближения к варианту решения принято называть «точкой невозврата». «Точка невозврата» существует в нормативном психическом состоянии, но при снижении волевых способностей, в частности у аддиктивных личностей, «точка» настолько отдалена от объекта аддикции, что малейшее внешнее воздействие способно ее преодолению и аддиктивному поведению. Т. е. первичным симптомом по отношению к потере контроля у аддикта является общая волевая деградация. Вполне обосновано предположение, что для аддикта волевое усилие и в иной сфере имеет те же проблемы, что подтверждается практикой: вспыльчивость, распушенность, сексуальная расторможенность, рискованное поведение в трезвом состоянии и т. д. Состояние опьянения еще более снижает способность к контролю за своим влечением и появлением вторичного аддиктивного влечения.

Патологическая форма опьянения зависит от типа акцентуации характера. При уклоняющемся типе наблюдается сон в опьянении, а также соответственно типу акцентуации регистрируется опьянение с экс-

плозивностью, опьянение с истерическими чертами, эпилептоидное опьянение, опьянение с преобладанием депрессивного аффекта, опьянение с преобладанием параноидной настроенности.

Синдром алкогольной деградации личности, изменение личности по алкогольному типу вторичны по отношению к патопсихологическому синдрому переноса манер поведения в состоянии опьянения на поведение в трезвом состоянии [Бобров А. Е., 1988]. Аддикта привлекает психическое состояние и манера поведения в опьянении, для чего он и вводит себя в опьянение вновь и вновь. Это состояние его устраивает больше, чем трезвость. Психическое состояние в опьянении автоматически воспроизводится им и в трезвости: грубость, цинизм, расторможенность, фамильярность, эйфория и т. д., дополняя проявления органического поражения головного мозга. Внешне это выглядит как нравственное снижение и деградация.

Таким образом, клинические признаки аддитивных явлений представляют собой внешние проявления заболевания, вторичные по отношению к первичным патопсихологическим изменениям аддикта. То, что внешние проявления аддитивных расстройств являются вторичными феноменами, следует учитывать при построении лечения аддитивных. Стремление к их купированию не может обеспечить лечебный эффект и сколько-нибудь длительной ремиссии. Ремиссии у аддитивной личности можно достичь воздействием на первичные, патопсихологические симптомы преимущественно психотерапевтическим воздействием.

ЗАЩИТА ИМУЩЕСТВЕННЫХ ПРАВ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Дмитриев А. И.

Филиал № 5 КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», Красноярск, Россия

Лица, страдающие психическими расстройствами, относятся к группе риска, в отношении которых совершаются противоправные деяния. Это относится и к правонарушениям в области имущественных отношений.

В средствах массовой информации достаточно часто появляется информация о «черных риелторах», которые в качестве объектов мошенничества выбирают лиц, страдающих психическими расстройствами, либо злоупотребляющих алкоголем и наркотиками.

Мошенники при проведении имущественных сделок с лицами, страдающими психическими расстройствами, используют весь спектр разрешенных законом юридических действий: оформление доверенности на сделки у нотариуса, оформление договора купли-продажи, получение расписки. В таких случаях в действиях «черных риелторов» сложно выявить признаки состава уголовно наказуемого деяния, предусмотренного ст. 159 УК РФ (мошенничество). Проблема юридической защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, заключается в том, что обычно это одинокие люди либо сироты. Органы социальной защиты населения не всегда в должной мере защищают интересы этих граждан. В филиале № 5 КГБУЗ ККПНД № 1 имелось два случая, когда пациентов лишили жилья.

Случай 1. Пациент Г., 1990 г. р. находился с 16.10.2013 г. на принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа, с DS: «Умственная отсталость легкой степени». В период нахождения пациента в стационар поступило исковое заявление с требованием признать его утратившим право пользования жилым помещением и снятия его с регистрационного учета. В ходе работы выяснилось, что пациент, являющийся сиротой, получил от государства двухкомнатную квартиру. В ходе распития спиртных напитков пациент согласился оформить доверенность на продажу квартиры своему знакомому Н. Была получена нотариально заверенная доверенность на гражданина Н. Все действия по продаже квартиры проводились на основании нотариальной доверенности. Пациент Г. в период совершения сделки находился на принудительном лечении; сведениями о том, что квартира продана, не владел и каких-либо денежных средств не получал.

При содействии специалистов лечебного учреждения пациент Г. обратился в суд со встречным иском, в котором просил признать недействительным договор купли-продажи, а также недействительной доверенность, мотивируя тем, что с детства страдает умственной отсталостью и в период подписания доверенности не мог понимать значения своих действий и руководить ими.

В соответствии со ст. 154 ГК РФ для заключения договора купли-продажи необходимо выражение согласованной воли двух сторон. В соответствии с п. 1 ст. 166 ГК РФ сделка может быть признана недействительной. В силу п. 1 ст. 177 ГК РФ сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившемся в состоянии, когда он был неспособен понимать значения своих действий и руководить ими, может быть признана судом недействительной по искам этого гражданина.

Во встречном иске было внесено ходатайство о назначении судебно-психиатрической комиссии экспертов: пациент Г. обнаруживает легкую умственную отсталость со значительным нарушением поведения. Эксперты посчитали степень указанного недоразвития психики и нарушений поведения выраженной столь значительно, что это лишило Г. возможности понимать значение своих действий, руководить ими в момент подписания доверенности и договора купли-продажи и прогнозировать последствия совершенной сделки. Суд посчитал, что волеизъявление пациента Г. нельзя рассматривать в данном случае как бесспорное, а саму сделку совершенной в соответствии с Законом.

Решением суда гражданину Н. в первоначальном иске было отказано, а встречный иск был удовлетворен. Договор купли-продажи признан недействительным, а за пациентом Г. признали право собственности на спорную квартиру.

Случай 2. Пациент М., 1969 г. р. поступил на лечение 22.01.2015 г. с DS: «Шизофрения параноидная». За период нахождения в стационаре поступило исковое заявление от гражданина Щ. к пациенту М., третьему лицу ОУФМС России о признании утратившим право пользования жилым помещением и снятии пациента с регистрационного учета. В ходе работы над поступившим иском удалось установить, что еще в 2012 г. пациент оформил нотариальную доверенность на проведение сделок с этой квартирой. Было установлено, что квартира продана по доверенности в 2014 г., но пациент М. денежных средств не получил, каких-либо расписок не давал, а продолжал проживать в этой квартире. Лечебное учреждение помогло пациенту М. в оформлении встречного иска о признании недействительными доверенности и договора купли-продажи жилого помещения, мотивируя тем, что пациент М. с 2003 г. страдает хроническим психическим расстройством и в момент подписания доверенности на продажу квартиры не понимал значения своих действий, а нотариус не убедился в его дееспособности. Во встречном иске пациент М. просил также наложить ограничительные меры на проведение сделок со спорной квартирой и ходатайствовал о проведении в отношении него амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в целях установления его сделкоспособности. Была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, которая установила, что пациент М. выявляет признаки хронического психического расстройства в форме «Шизофрении параноидной с непрерывным типом течения с выраженным эмоционально-волевым дефектом». В момент подписания доверенности у пациента М. обнаружались указанные психические нарушения, которые лишали его способности понимать значение своих действий и руководить ими.

Суд посчитал, что доверенность имеет порок воли, так как пациент М. не мог понимать значения своих действий и руководить ими в момент выдачи доверенности. В ходе длительных судебных заседаний, которые продолжались около 10 месяцев, суд удовлетворил иски требования пациента М., признал недействительными доверенность и договор купли-продажи и признал право собственности за спорной квартирой за пациентом М.

Заключение. Как показал анализ двух представленных случаев, лица, страдающие психическими расстройствами, попадают в группу риска лиц, в отношении которых совершаются противоправные деяния. Необходимо признать, что отсутствует социальное и юридическое сопровождение таких лиц вне стен психиатрических стационаров. При своевременном выявлении подобных случаев законодатель дает возможность на юридическую защиту.

СИНТЕТИЧЕСКИЕ АМФЕТАМИНЫ (КАТИНОНЫ): МЕТИЛЕНДИОКСИПИРОВАЛЕРОН И ПИРРОЛИДИНОВАЛЕРОФЕНОН. ОСОБЕННОСТИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ И КЛИНИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

Дралюк Н. М., Сумароков А. А.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность проблемы. По данным, представленным в материалах «Всемирного доклада о наркотиках» ООН (2012), от 0,3 до 1,2 % населения земного шара хотя бы раз в жизни употребляли психоактивные вещества амфетаминового ряда. В соответствии с данными ООН за 2012 г., из регистра наркотических средств по распространенности и потреблению психоактивные вещества амфетаминового ряда составляют примерно 14,2 %. В докладе ООН за 2014 г. представлены данные о статистике изъятия наркотических средств по всему миру, согласно которым в период с 2003 по 2012 г. количество обнаруженных и изъятых наркотических средств амфетаминового ряда возросло на 167 %.

В последние годы большое распространение получили синтетические катиноны – это синтетические дериваты натурального катинона, который присутствует как психоактивное вещество в растении кат. Синтетические катиноны по своей химической структуре так же могут быть отнесены к амфетаминовому ряду и обладают преимущественно стимулирующим действием.

Синтетические катионы уже около 3 лет являются одними из самых популярных наркотических средств в Красноярске и Красноярском крае. По данным службы статистики Красноярского краевого наркологического диспансера, структура наркопотребления в Красноярске и Красноярском крае за 2012, 2013 и 2014 гг. распределилась следующим образом.

В 2012 г.: потребители опиоидов – 94,43 %; потребители каннабиноидов – 1,04 %; потребители психостимуляторов – 1,22 %; полинаркомания – 3,30 %.

В 2013 г.: потребители опиоидов – 70,35 %; потребители каннабиноидов – 3,10 %; потребители психостимуляторов – 10,95 %; полинаркомания – 15,60 %.

В 2014 г.: потребители опиоидов – 14,50 %; потребители каннабиноидов – 9,73 %; потребители психостимуляторов – 32,14 %; полинаркомания – 43,63 %.

У потребителей психостимуляторов в подавляющем большинстве случаев по результатам анализов обнаружены синтетические катионы, в небольшом проценте случаев выявлялся амфетамин. Так же важно отметить, что количество госпитализаций наркопотребителей в связи с психотическими расстройствами на фоне приема наркотических средств за эти 3 года существенно возросло. И психотические расстройства, вызванные злоупотреблением синтетическими катионами, занимают здесь немалую долю. Так, в 2012 г. психотические расстройства в структуре госпитализаций потребителей психоактивных веществ занимали 3,33 %, в 2013 г. эта цифра возросла до 36,95 %, а в 2014 г. составила 44,88 %.

Материал исследования. В исследовании приняли участие лица мужского пола (118 человек), госпитализированные в отделение неотложной наркологической помощи Красноярского краевого наркологического диспансера с клиникой злоупотребления психостимуляторами. Возраст больных варьировал от 19 до 39 лет (средний возраст составил $29 \pm 0,5$ года). Во всех случаях употребление синтетических катионов было подтверждено лабораторными методами. Было проведено клинко-психопатологическое исследование, включающее изучение данных анамнеза и оценку психического статуса. На каждого участника исследования заполнялась специально разработанная карта.

Обсуждение результатов. Подавляющее большинство больных, принявших участие в исследовании, поступили в наркологический стационар первично – 81 % (96 человек), количество повторно поступивших составило 19 % (22 человека). Длительность пребывания в стационаре во всех случаях составила от 8 до 12 дней.

Обследуемые с употреблением синтетических амфетаминов использовали различные пути введения наркотика: в 69 % случаев наркотик вводился внутривенно, в 17 % случаев – интраназально, в 14 % случаев – посредством курения. В ходе опроса установлено, что 65 % поступивших участников исследования ранее злоупотребляли психоактивными веществами группы опиатов, но отказались от опиатов и предпочли психостимуляторы.

В 70 % случаев поступившим больным в отделении был выставлен диагноз зависимости от психостимуляторов, в 30 % – эпизодическое употребление психостимуляторов с вредными последствиями.

По результатам химико-токсикологического исследования у 62 % обследованных в моче выявлен метилendioксипировалерон, у 12 % – пирролидиновалерофенон, в 26 % – смесь метилendioксипировалерона и пирролидиновалерофенона.

96 % участников исследования были госпитализированы в остром психотическом состоянии. При оценке состояния пациентов, отобранных для исследования и поступивших в ККНД № 1 в состоянии острого психоза, было выделено три возможных клинических варианта протекания острого психотического расстройства: острый параноидный синдром (49 %), наркотический делирий (30 %), кататоническое возбуждение (17 %). Острый параноидный синдром протекал в виде галлюцинаторно-параноидной симптоматики, с бредом преследования и соответствующими обманами восприятия. В большинстве случаев тематика бреда соответствовала актуальной жизненной ситуации наркопотребителя. Лишь в 5 случаях бред носил фантастический характер. Наркотический делирий у данной категории больных характеризовался нарушением ориентировки, обильными зрительными и слуховыми галлюцинациями, фрагментарным острым чувственным бредом, тревогой, двигательным возбуждением. Кататоническое возбуждение проявлялось неспособностью больного к продуктивному контакту, беспорядочным двигательным и речевым возбуждением, активным сопротивлением любым медицинским манипуляциям, отсутствием критики. 4 % участников исследования были госпитализированы с симптомами выраженной тревоги.

Лечение проводилось типичными и атипичными антипсихотиками, транквилизаторами бензодиазепинового ряда. Дополнительно использовалась детоксикационная терапия. У большинства участников исследования полная редукция психоза происходила в течение первых-третьих суток. В трети случаев больные выписывались с явлениями остаточного бреда.

Выводы. Таким образом, злоупотребление синтетическими катинонами в настоящее время приобрело высокую распространенность. Подверженными злоупотреблению этими веществами оказались как подростки, так и люди более старшего поколения (приблизительно до 40 лет). Характерно, что бывшие потребители героина и дезоморфина переходят на регулярное употребление синтетических катинонов, оставляя героин. Злоупотребление синтетическими катинонами часто приводит к развитию психотических осложнений, проявляющихся параноидным синдромом, делириозной симптоматикой, кататоническим возбуждением.

НЕЙРОКОГНИТИВНАЯ РЕМЕДИАЦИЯ КАК МЕТОД ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Дубровская О. А., Семенова Н. Б., Вайгель Ю. С., Усакова Е. Н.

**КГБУЗ Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
Красноярск, Россия**

В последнее время особое внимание в лечении и реабилитации психически больных уделяется психосоциальным и психотерапевтическим методам. Сегодня психосоциальные методы зарекомендовали себя необходимой частью реабилитационного процесса и продолжают интенсивно развиваться и совершенствоваться.

В основе механизмов дезадаптации эндогенных больных лежат нарушения мотивации, нейрокогнитивных и социально-когнитивных функций. В связи с развитием методов психосоциальной реабилитации особую значимость приобретают мероприятия, направленные на восстановление личностно-мотивационной сферы и социального функционирования пациентов. К таким методам относятся тренинги нейрокогнитивных и социально-когнитивных функций.

Обсуждение собственных результатов. Предлагаемая программа нейрокогнитивной ремедиации опирается преимущественно на новые клинико-биологические аспекты и данные нейронауки (Neuroscience). Это понятие в англоговорящих странах условно объединило разделы науки о мозге: нейропсихологию, когнитивную психологию и психофизиологию. В рамках данного направления создаются, апробируются, обосновываются программы тренинга коммуникативных и когнитивно-социальных навыков для пациентов с расстройствами шизофренического спектра, доказавшие свою эффективность [3, 5].

Теоретико-методологическими основаниями предлагаемой нами программы «нейрокогнитивной ремедиации» стали биопсихосоциальная модель психических расстройств (В. Н. Мясищев), концепция трех функциональных блоков мозга (А. Р. Лурия) и концепция нейрокогнитивного дефицита (J. Breuer).

Нейрокогнитивный дефицит (нарушения внимания, расстройства памяти, когнитивных функций, проблемно-разрешающего поведения, планирования и инициирования деятельности, нарушения социальной перцепции, рефлексивного мышления – «theory of mind», дефицит «social brain») может выступать в качестве предиктора болезни, предшествовать манифестации заболевания [4]. Опыт изучения пациентов с нарушениями аутистического спектра показал, что уже при первом психотическом эпизоде происходит нарастание когнитивных нарушений. Ранняя психосоциальная реабилитация играет важную роль в социальной адаптации, влияет на социальный прогноз больного, его способность функционировать в обществе [1]. В соответствии с концепцией А. Р. Лурия о трех функциональных блоках, нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией обусловлен вовлечением большого числа мозговых структур, как корковых, так и подкорковых. Отмечается, прежде всего, дисфункция энергетического блока, что проявляется в виде сужения объема всех видов психической деятельности, истощаемости, трудностями концентрации и переключения внимания. В то же время не остался интактным и блок программирования, регуляции и контроля психической деятельности.

Медицинскими психологами Красноярского психоневрологического диспансера № 1 разработана и внедрена программа нейрокогнитивной ремедиации, ставшая эффективным видом психокоррекционной работы в системе лечебно-восстановительных мероприятий по реабилитации больных шизофренией. Нейрокогнитивная ремедиация представляет собой комплекс мероприятий, включающих в себя программу тренингов по восстановлению и улучшению базовых когнитивных функций: внимания, памяти, планирования и исполнительного функционирования за счет стимулирования обучения, с целью улучшения показателей нейрокогнитивного профиля у пациентов с эндогенным заболеванием.

Основаниями для включения больных в психокоррекционную группу явились установленный врачами-психиатрами диагноз «Шизофрения» (F20 по МКБ-10), первый психотический эпизод после купирования психоза, относительная сохранность когнитивных и личностных функций (отсутствие дефекта), мотивация пациента, данные экспериментально-психологического исследования.

Заключение. Полученный опыт внедрения программы нейрокогнитивной ремедиации оказался одним из перспективных направлений в терапии когнитивного дефицита у пациентов с эндогенным заболеванием. Можно сделать вывод о том, что психокоррекционная работа по нейрокогнитивной ремедиации способствует улучшению социального функционирования больных, положительно влияет на соблюдение режима поддерживающей терапии, повышению нейрокогнитивного профиля и эмоционального состояния пациентов. Следует отметить, что тренинг когнитивной ремедиации должен проводиться в течение длительного времени, не изолированно, а в связке с тренингом социально-когнитивных функций и когнитивно-поведенческой терапией в рамках мультимодальной психиатрической реабилитации.

Л и т е р а т у р а

1. *Зайцева Ю. С., Корсакова Н. К., Гурович И. Я.* Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 4.
2. *Кобзова М. П.* Когнитивные нарушения и проблема социальной дезадаптации при шизофрении // Психологические исследования. – 2012. – № 2 (22).
3. *Пансеев О. О., Мовина Л. Г., Миняйчева М. В., Фурсов Б. Б., Зайцева Ю. С., Голланд Э. В.* Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейropsychологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 3.
4. *Гуревич Г. Л., Рычкова О. В.* Нейropsychологическая коррекция когнитивных нарушений как часть психотерапии при шизофрении // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2012. – Т. XLIV, вып. 1.
5. *Софронов А. Г., Спикина А. А., Савельев А. П.* Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 1.
6. *Шмуклер А. Б.* Структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга при шизофрении: роль интегративной перцепции // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20 (3).

АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Думлер Д. А., Стоянова Е. И.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Арттерапия или терапия искусством является относительно новым методом психотерапии. Впервые этот термин был использован Адрианом Хиллом в 1938 г. при описании своей работы с больными туберкулезом и вскоре получил широкое распространение.

В настоящее время данным термином обозначают все виды занятий искусством, которые проводятся в больницах и центрах психического здоровья, хотя многие специалисты в этой области считают такое определение слишком широким и неточным. Эффективность применения искусства в контексте лечения основывается на том, что этот метод позволяет экспериментировать с чувствами, исследовать и выражать их на символическом уровне.

Согласно исследованиям Принцхорна [Prinzhorn H., 1972], художественное творчество отражает наиболее интенсивные конфликты. Маргарет Наумбург опиралась на идею Фрейда о том, что первичные мысли и переживания, возникающие в подсознании, чаще всего выражаются в форме образов и символов, а не вербально [Naumburg M., 1966].

Арттерапия является посредником при общении пациента и терапевта на символическом уровне. Образы художественного творчества отражают все виды подсознательных процессов, включая страхи, конфликты, воспоминания детства, мечты, то есть те феномены, которые исследуют терапевты фрейдовской ориентации во время психоанализа.

В настоящее время за психотерапевтами, занимающимися арттерапией, признан статус самостоятельных практиков, которые могут внести свой вклад в изучение личности и в процесс лечения. Следует отметить, что в рамках данного подхода развиваются два направления. Сторонники одного направления, представляемые Эдит Крамер [Kramer E., 1978] и другими специалистами в области профессиональной и восстановительной терапии, рассматривают искусство как самостоятельное лечебное средство. Эти терапевты подчеркивают значение искусства в противовес собственно терапии и исключают из лечебной практики те приемы, в которых творческий процесс не является ведущей целью. Они не рассматривают арттерапию в качестве заменителя психотерапии. Сторонники другого направления, представителем которого является Маргарет Наумбург, преуменьшают чисто художественные цели в пользу терапевтических. Они имеют основательную клиническую подготовку и провозглашают, что со временем арттерапия может стать как независимым терапевтическим приемом, так и вспомогательным средством для традиционных подходов. Однако, несмотря на существующие различия, оба направления рассматривают изобразительное искусство как средство, которое помогает интеграции и реинтеграции функционирующей личности [Ulman, 1975].

Арттерапия в настоящее время используется не только в больницах и психиатрических клиниках, но и в других условиях – как самостоятельная форма терапии и как приложение к другим видам групповой терапии.

Арттерапия доказала свою эффективность в работе с эмоциональным отреагированием людей, получивших стрессовое расстройство, особенно в работе с пациентами с посттравматическим стрессовым расстройством.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, «вьетнамский синдром», «афганский синдром» и т. п.) – тяжёлое психическое состояние, которое возникает в результате единичной или повторяющихся психотравмирующих ситуаций, как, например, участие в военных действиях, тяжёлая физическая травма, сексуальное насилие либо угроза смерти [American Psychiatric Association, 2013]. Возникновение ПТСР обуславливается воздействием травмирующего события на психику человека. Данное расстройство может развиваться у 50—80 % людей, переживших сильное эмоциональное потрясение в результате различных ситуаций.

Наиболее часто следующие события вызывают психологические травмы: войны, оказывающие стрессовое воздействие на военных и на гражданских лиц; насильственные преступления, связанные с покушением на жизнь, убийствами или изнасилованиями; автомобильные катастрофы, кораблекрушения, крушения поездов, авиационные катастрофы; ураганы, землетрясения, наводнения и извержения вулканов; насильственная смерть или самоубийство родственников или близких знакомых; детские травмы, связанные с излишне суровыми наказаниями, сексуальным насилием или со смертью родителей.

Есть три группы симптомов, которые могут помочь поставить диагноз посттравматического стрессового расстройства: повторные травмы (например, нарушение памяти, кошмары о травме), эмоциональные ответные реакции и хронические физические признаки, включая нарушения сна и концентрации внимания, раздражительность, гнев.

Эмоциональное нарушение при ПТСР может проявляться отсутствием интереса к деятельности, которое может вызвать ангедонию (отсутствие радости, удовольствия от жизни), дистанцию от людей, неспособность думать о будущем. По крайней мере, один или два симптома должны присутствовать в течение 1 месяца и должны вызывать значительное нарушение или функциональное ухудшение, чтобы можно было поставить диагноз посттравматического стрессового расстройства. ПТСР – это хроническое заболевание, если его не лечить в течение трех месяцев или более.

Симптомы ПТСР включают: проблемы, регулирующие чувства, которые могут закончиться мыслями о самоубийстве, вспышки гнева или пассивное энергичное поведение; тенденции разобщенности или депersonализации; устойчивое чувство беспомощности, стыда или вины;

и серьезное изменение в тех вещах, которые имеют огромное значение для людей, например, потеря духовной веры, постоянное чувство беспомощности или отчаяния.

Выраженность симптомов ПТСР во многом зависит от продолжительности латентного промежутка, а также от стадии заболевания. Такие особенности клиники послужили основой для создания классификации видов посттравматического синдрома.

Острое ПТСР, характеризующееся яркими проявлениями всех симптомов заболевания и продолжающееся не более 3 месяцев.

Хроническое ПТСР, когда выраженность наиболее ярких симптомов снижается, однако нарастают признаки истощения ЦНС и начинают формироваться деформации характера (грубость, эгоизм, сужение круга интересов). Деформации характера и признаки истощения центральной нервной системы при отсутствии характерных симптомов ПТСР (навязчивые воспоминания, подсознательное желание забыть о происшедшем, приступы тревоги и страха). Эта стадия, как правило, развивается при длительном хроническом течении ПТСР в тех случаях, когда пациент не получил адекватной психологической поддержки.

Отсроченное ПТСР, проявляющееся через полгода и более после воздействия травмирующей ситуации. Как правило, отсроченная форма ПТСР развивается после воздействия какого-либо провоцирующего фактора (дополнительная психическая или физическая травма, нервное перенапряжение, стресс, связанный с переездом и т. п.). При этом заболевание может протекать как в острой, так и в изначально хронической форме [Вдовина И. В., 2010].

Обсуждение собственных результатов. В проведенном нами исследовании внимание было сосредоточено на выборке пациентов с отсроченным ПТСР, проявляющимся через полгода и более после воздействия травмирующей ситуации. Программа исследования включала три этапа. На первом этапе были проведены методики для определения уровня тревожности пациентов с ПТСР.

На первом этапе исследования по методике Спилбергера-Ханина было определено, что у обследованных пациентов ситуативная (45 %) и личностная (50 %) тревога в большей степени имела умеренный характер, что говорит о субъективном переживании эмоций, беспокойстве пациентов. Состояние реактивной тревожности возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию. Обычно уровень реактивной тревожности изменяется (повышается или снижается) накануне важных встреч, перед выполнением ответственных заданий, соревнованиями, выступлениями перед аудиторией. Тревожность может быть результатом недавно пережитых событий, эмоциональное впечатление

от которых еще не утратило своего воздействия на личность. Личностная тревожность – это также устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденций воспринимать довольно широкий спектр ситуаций как угрожающие (тенденция избегания).

Проведение диагностического этапа исследования позволило составить программу сопровождения по снижению уровня тревожности у пациентов с ПТСР. Структура программы состояла из арттерапевтических упражнений: «Ладонь», «Разговор в рисунках», «Рисунок состояния», «Словесный натюрморт», «Лабиринт», «Радуга», «Полярности», «Коллаж», «Мои ресурсы». Критерием эффективности программы арттерапевтического сопровождения является снижение уровня тревожности и поднятие настроения, активности и самочувствия у пациентов ПТСР. Показателями эффективности программы арттерапевтического сопровождения определены изменения личностных характеристик пациентов с ПТСР (умение рационально справляться с критическими ситуациями, освобождение от негативных мыслей о своей болезни и позитивная оценка своего жизненного опыта).

Заключение. Разработанная программа арттерапевтического сопровождения пациентов с ПТСР с ситуативной и личностной тревогой может быть определена как «инструмент», который позволит улучшить эмоциональное и физическое состояние пациентов ПТС, находящихся на стационарном лечении в госпитале ВОВ. Включение программы арттерапевтического сопровождения позволит пациентам снизить уровень ситуативной и личностной тревоги и привести в норму самочувствие, активность и настроение, что может послужить перспективой для успешного прохождения лечения и коррекции синдрома ПТСР.

КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ЗАЙКАЮЩИМИСЯ ШКОЛЬНИКАМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Егорова Г. Н.

**Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
Красноярск, Россия**

Актуальность проблемы заикания чрезвычайно высока в социальном плане. Речевой дефект мешает формированию нормальных коммуникативных отношений с окружающими людьми, препятствует выбору профессии, значительно меняет условия формирования личности, что приводит к ее дисгармоничному развитию.

Неизлечимых форм заикания в принципе нет – есть заикающиеся, которые остались заикающимися из-за того, что не лечились или лечились, избирательно выполняя требования специалистов, самостоятельно подбирая методы и способы лечения. В настоящее время всеми исследователями признается необходимость использования комплексного медико-психолого-педагогического подхода в реабилитации заикающихся.

Обсуждение собственных результатов. Апробированный в условиях Детского дневного стационара данный подход включает в себя сочетание коррекционно-педагогических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

При поступлении в Дневной стационар ребенку проводятся необходимые обследования (осмотр психиатра, психотерапевтическая беседа, обследование психолога, обследование невролога, обследование логопеда, обследование дефектолога).

Лечебные мероприятия зависят от степени тяжести дефекта и наличия логофобии. Комплексные мероприятия включают: 1) групповые логопедические занятия по специально разработанным индивидуальным программам, опираясь на методики: С. А. Рождественской, М. И. Буянова, Т. М. Парамоновой и др.; 2) логоритмические занятия, целью которых является комплексное развитие ритмической организации речи и движений; 3) психологическую коррекцию, направленную на социализацию в обществе; 4) психотерапевтические занятия совместно с родителями и детьми, целью которых является формирование здоровой личности ребенка; 5) метод групповой релаксации, который проводится у детей начиная с 10 лет, которому отводится особое место, так как с помощью расслабляющих упражнений заикающиеся смогут научиться снимать напряжение мышц, которое часто возникает в момент перевозбуждения нервной системы и провоцирует заикание.

Одновременно с комплексом непосредственно логопедических занятий проводится медикаментозное лечение, включающее общеукрепляющую, седативную и посиндромную терапию: физиотерапевтические процедуры, массаж.

Ведущими специалистами в логопедической психолого-коррекционной работе являются логопед совместно с психиатром, по результатам обследования логопед формирует группы. Все занятия проводятся в присутствии родителей, которые являются непосредственными участниками этих занятий. Здесь они учатся правильному подходу к своему ребенку, овладевают приемами коррекции его речи, получают необходимые консультации. Все это способствует выработке единого и правильного подхода к ребенку и в кабинете, и в семье.

Занятия с логопедом начинаются с установочного этапа, когда заикающиеся на положительных примерах лечившихся до них детей получают стимул к собственному излечению. На этом этапе устанавливается режим частичного молчания, это означает, что они должны общаться с окружающими отдельными словами или короткими фразами из 2—3 слов. С помощью логопеда ребенок овладевает сопряженной и отраженной речью, проводятся упражнения по постановке дыхания и артикуляционная гимнастика.

На следующем этапе коррекционной работы идет введение речуручного режима: работа над диалогом, т. е. вопросно-ответной речью; беседы на заданную тему небольшими самостоятельными пересказами.

На заключительном этапе (итоговое занятие с участием родителей, медицинского персонала и других участников коррекционной работы) подростки декламируют или читают отрывки из художественных произведений, разыгрывают небольшие сценки из пьес, выступают с докладами. Работа с группой продолжается 1,5 месяца, время занятий по 40 минут, индивидуальные занятия – 20—30 минут.

Заключение. За период с 2013—2015 г. эффективную коррекционную помощь по результатам ежегодных отчетов получили 93,3 % от поступивших детей. В результате комплексного подхода в реабилитации лиц, страдающих заиканием, с учетом их индивидуально-личностных особенностей появилась возможность повысить качество коррекционно-логопедической работы, стабилизировать нервно-психические процессы и сформировать адаптивный стиль поведения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ В КГБУЗ ККПНД № 1

Злацкая О. В.

**КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»
Красноярск, Россия**

Лекарственное обеспечение больных КГБУЗ ККПНД № 1 осуществляется в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

В соответствии со статьей 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 1 января 2013 г. медицинская помощь оказывается исключительно в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Стандарты медицинской помощи содержат перечень лекарственных препаратов по международному непатентованному наименованию, а также указание средних доз применения лекарственного средства, что позволяет формировать заявки на приобретение препаратов с учетом индивидуальных особенностей пациентов. Федеральным законом N 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрена возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи, при условии наличия медицинских показаний с учетом индивидуальных особенностей пациента, особенностями течения заболевания, по назначению лечащего врача. В случае госпитализации больных с заболеваниями и состояниями, требующими оказания медицинской помощи в экстренной форме, мероприятия для лечения заболевания, включая назначение лекарственных препаратов, начинаются с первых минут поступления больного в стационар.

Частью 1 ст. 79 Федерального закона N 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлена обязанность медицинской организации осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством и иными подзаконными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

Определены цели применения стандартов медицинской помощи: повышение уровня здоровья пациентов; повышение доступности и качества медицинской помощи; эффективное использование финансовых ресурсов нашего учреждения. Стратегия лекарственного обеспечения базируется на трех принципах: стратегии закупок, стратегии назначений и расходования медикаментов, стратегии контроля качества медицинской помощи.

Для создания эффективной системы лекарственного обеспечения пациентов КГБУЗ ККПНД № 1 проведены следующие мероприятия.

1. Сформирован и утвержден в МЗ Красноярского края Формулярный перечень лекарственных препаратов.
2. Разработан пошаговый алгоритм формирования заявки на лекарственные препараты и медицинские изделия:

Шаг 1. Анализ содержания внедряемых стандартов лечения; АПП – анализ структуры заболеваемости и клинических рекомендаций.

Шаг 2. Расчет потребности на основании прогноза количества пролеченных больных.

Шаг 3. Анализ остатков: инвентаризация запасов лекарственных препаратов, ИМН, расходных материалов в отделе лекарственного обеспечения, в структурных подразделениях.

Шаг 4. Заявка = потребность – остатки.

3. Сформирована система рационального назначения и использования лекарственных препаратов (ведение регистра пациентов, обеспечивающего принятие решений по лекарственному обеспечению; внедрение персонализированного учета лекарственных препаратов – 100 %; удельный вес историй болезни с фармакотерапией в соответствии со стандартами – 90 %; ведение ведомственного контроля обоснованности назначений и качества лекарственной помощи пациентам стационара; систематический анализ структуры пролеченных больных и лекарственного обеспечения; оказание информационно-консультативной помощи сотрудникам диспансера по вопросам выбора, использования, безопасности и эффективности лекарственных препаратов).

4. Организовано фармацевтическое обслуживание стационарных больных в головном учреждении и филиалах (наличие полного ассортимента лекарственных препаратов для выполнения стандартов медицинской помощи; планирование совместно с главным врачом и заместителем главного врача по экономическим вопросам объема заказа в рамках имеющихся финансовых средств; удельный вес централизованно закупленных препаратов от общего объема закупаемых препаратов – 90 %; обеспечение соблюдения требований фармацевтического порядка при хранении и использовании медикаментов; проведение еженедельного мониторинга цен и ассортимента лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения на сайте Росздравнадзора).

Для оценки структуры затрат в КГБУЗ ККПНД № 1 и эффективности использования лекарственных средств обязательным по приказу МЗ РФ от 22 октября 2003 г. № 494 «О совершенствовании деятельности врачей-клинических фармакологов» является ежегодное проведение ABC/VEN анализов или оценки рациональности использования денежных средств на основе ретроспективной оценки реальных затрат.

ABC анализ представляет собой метод распределения (ранжирования) лекарственных препаратов по трём группам в соответствии с их годовым потреблением (стоимость единицы отпуска, умноженная на годовое использование).

1-й класс А – 10—20 % препаратов, на них расходуется 70—80 % от финансирования на лекарственные средства.

2-й класс В – 10—20 % препаратов, на которые расходуется 15 % от лекарственного бюджета.

3-й класс С – 60—80 % препаратов, на которые в сумме расходуется не более 5 % финансирования на лекарственные средств

АВС анализ позволяет выделить приоритетный Класс А препаратов для закупок, получить объективную картину расходования финансовых ресурсов в соответствии с Формулярным перечнем лекарственных препаратов.

VEN анализ или метод оценки эффективности использования лекарственных препаратов проводится параллельно с АВС анализом и позволяет установить приоритеты отбора лекарственных препаратов для закупок и формирования Формуляра в соответствии с разделением их на жизненно важные (Vital), необходимые (Essential), второстепенные (Non – essential).

Жизненно важные (Vital) – лекарственные препараты, важные для спасения жизни, имеющие опасный для жизни синдром отмены, постоянно необходимые для поддержания жизни (инсулины, стероиды, антибиотики, парентеральные препараты и т. п.).

Необходимые (Essential) – лекарственные препараты, эффективные при лечении менее опасных, но серьёзных заболеваний (пероральные психотропные препараты, парентеральные пролонгированные нейролептики и т. п.).

Второстепенные (Non-essential) – лекарственные препараты для лечения лёгких заболеваний, лекарства сомнительной эффективности, дорогостоящие лекарства, используемые с симптоматическими показаниями.

VEN анализ при ранжированию препаратов по торговым наименованиям показал, что 15 % денежных средств, израсходованных в течение 2015 г. на медикаменты, были использованы для закупки лекарственных препаратов группы Жизненно важных (Vital), 82 % – для закупки Необходимых (Essential), 3 % – для Второстепенных (Non-essential) лекарственных средств.

Как оказалось, наиболее затратная группа препаратов – класс А, на которую израсходовано 80 % денежных средств. Финансирование в этом классе на антипсихотические лекарственные средства составило 48 % от затрат на препараты класса А, на антидепрессанты – 12 % от затрат, на нормотимики – 4,6 %, на инфузионные растворы – 2,5 % от затрат на препараты класса А.

За истекший календарный год на лекарственные препараты для лечения психических заболеваний израсходовали 37,5 миллиона рублей (75,6 % от финансирования); на лекарственные препараты для лечения соматических заболеваний 5 миллионов рублей (10,2 %); на изделия медицинского назначения, дезинфицирующие, расходные и прочие средства 6,5 миллиона рублей (14,2 %).

Анализ использования нейрорепарантов за 3-летний период показывает, что в среднем закупалось 20 препаратов по международным непатентованным наименованиям (около 50 % ежегодного финансирования). Из антидепрессантов закупалось 11 препаратов по международным непатентованным наименованиям (около 10 % ежегодного финансирования).

Стоимость койко-дня на лекарственное обеспечение в объединенном диспансере в 2013 г. – 61 руб., в 2014 г. – 78,2 руб., 2015 г. – 60 руб. В головном учреждении Красноярска в среднем стоимость койко-дня 78 руб. Низкий койко-день в филиале № 4, где преобладают пациенты, получающие медицинскую помощь категории «сестринский уход». Наиболее высокая стоимость койко-дня во Взрослом дневном стационаре – 156,7 руб.

Заключение. Таким образом, финансовые ресурсы в КГБУЗ ККПНД № 1 используются целесообразно, закупка лекарственных препаратов проводится рационально, финансовые затраты соответствуют данным структуры заболеваемости. Структура расходов больницы на закупку лекарственных препаратов соответствует рекомендованным стандартам.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОСИНТЕЗА В РАБОТЕ СО СМЫСЛОВОЙ СФЕРОЙ ЛИЧНОСТИ ПОС- СТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Злобина Д. С., Стоянова Е. И.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Психология смысловой сферы личности с посттравматическим стрессовым расстройством является динамично развивающимся научным направлением. Истоки исследования смысловой сферы отражены в концептуальных работах В. Франкла, в которых смысл жизни рассматривался как психологический фактор сопротивления личности деформирующим и патологизирующим влияниям негативных жизненных обстоятельств.

В дальнейшем особая функция смысла жизни, которая может быть названа антистрессорной, буферной, или защитной, неоднократно подчеркивалась в различных психологических теориях, в том числе в концепции жизнестойкости С. Мадди и концепции салютогенеза А. Антонковского.

Изучение смысловых компонентов переживания травматического события, в частности при потере близких или друзей, сегодня находится в фокусе внимания психологов, однако закономерности трансформации смысловой сферы участников, переживших стрессовые расстройства является малоизученной темой. Актуальность изучения смысловых механизмов переживания боевого стресса определяется необходимостью разработки методов и технологий оказания помощи военнослужащим, сотрудникам органов внутренних дел, задействованным в военных конфликтах, а также многочисленным мирным гражданам, оказавшимся жертвами боевого стресса.

По мнению зарубежных авторов, существует множество и других факторов, влияющих на возникновение ПТСР (V. Charlot, H. Giover, J. O. Buchbinder), среди них особо выделяют такие, как чувство изоляции, потеря доверия к властям, чувство вины перед погибшими (Щербатых Ю. В., 2012).

Постулируется, что ценностно-смысловая сфера является одной из наиболее широко и активно исследуемых сфер в психологии (С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, Б. С. Братусь, Ф. Е. Василюк, Д. А. Леонтьев, А. С. Шаров и др.). Обуславливается она теоретической и практической значимостью, сложностью, многоаспектностью данного вопроса. В большинстве исследований ценностно-смысловая сфера представляет собой центральное образование личности, ее «ядро», задающее направленность жизнедеятельности человека и определяющее отношение «человек – мир» (Шкуратова И. П., 2007).

По мнению В. Франкла, человеческий дух являет собой особую сущность, которая и испытывает потребность в смысле, сами смыслы в мире существуют объективно, поскольку даны нам Богом, следовательно, за реализацию смыслов человек несет ответственность перед Богом, и наконец, что познание интуитивно, и совесть есть тот орган, который всегда и в любой ситуации провидит «должное» (Щербатых Ю. В., 2012).

Актуальным становится сопровождение смысложизненных ориентаций личности с синдромом ПТСР посредством интегративного подхода, с включением новых форм и методов. С нашей точки зрения, интегрирующим методом в работе со смысловой сферой страдающего ПТСР является направление психосинтеза.

Начало концепции психосинтеза заложено в теоретических положениях А. Ассаджиоли. Слово «психосинтез» и такое выражение, как «ментальный синтез», использовались многими психологами и психиатрами. Только в области психотерапии следует выделить П. Жане, который говорил о «*synthese mentale*». Начав с рассмотрения явлений психологического автоматизма, он обнаружил, что существует много видов психической деятельности, протекающей независимо от сознания пациента. Другие исследователи, в том числе З. Фрейд, также отмечали синтезирующую функцию «Я». Но они использовали этот термин только в плане лечения функциональной диссоциации, т. е. восстановления состояния, существовавшего перед диссоциацией вследствие психологической травмы или сильного конфликта. К.-Г. Юнг упоминал синтез, имея дело с трансцендентальной функцией, а В. Кречмер и другие использовали слова «синтез», «психосинтез», «синтез бытия», «синтетическая психотерапия» в более глубоком и широком смысле как развитие цельной и гармоничной личности (Психотерапевтическая энциклопедия, 2006).

Главной целью является гармонизация и объединение в единое целое всех качеств и функций человека, что требует конструктивного использования всех освобожденных и активизированных побуждений личности. В свою очередь, это рождает много проблем и психосинтетических задач, связанных с межличностными отношениями и специальной интеграцией.

Психосинтез может использоваться человеком для самовосприятия, ускорения внутреннего роста и самоактуализации, что должно быть целью, внутренней потребностью, жизненной экзистенциальной необходимостью каждого. В основе психосинтеза лежит сознательное, целенаправленное использование самоидентификации или дисидентификации. Начинается оно с создания динамичного центра, на котором основан весь процесс интегрирования психологического многообразия в органическое целое.

Самоидентификация является эффективным средством управления различными элементами личности и основана на фундаментальном психологическом принципе: «Над нами доминирует все, с чем наше «Я» идентифицировало себя. Мы управляем всем, от чего мы себя дисидентифицировали» (Психотерапевтическая энциклопедия, 2006).

Обсуждение результатов. Проведенное теоретическое исследование позволило реализовать программу эмпирического исследования.

На первом этапе исследования была реализована первичная диагностика смысловых ориентаций пациентов с ПТСР. В ходе исследования были получены следующие результаты.

На первый план у испытуемых выступает локус контроля жизнь (30,97 %), что говорит о их склонности приписывать свои успехи или неудачи внутренним либо внешним факторам, происходящим с индивидом. Далее следует шкала цели в жизни (30 %), что подтверждает стремление человека находить полезные категории для себя и продвигаться с ними по жизни вперед, преодолевая трудности (в данном случае это семья, близкие, друзья, здоровье). На третий план выходит субшкала процесса (26,64 %), что, в свою очередь, говорит о процессе самого достижения цели, внутренних переживаниях, внешних воздействиях на объект.

Субшкала результата занимает четвертое место по полученным показателям (24,12 %), что свидетельствует о незначительной важности самого результата действия, как процесса выполнения к достижению поставленной задачи. И наконец, на последнем месте выступает шкала контроля (20,09 %), что будет говорить о самоорганизации и самодисциплине в процессе выполнения какого-либо действия пациента. Специфика состоит в том, что у испытуемых единство прошлого, настоящего и будущего не представляется в полной мере.

На втором этапе исследования нами была реализована программа, составленная из основных упражнений психосинтеза и рекомендованная в работе с больными ПТСР. Структура программы состояла из следующих упражнений:

Блок 1. Постигание истинного Я (Упражнения: «Что есть Я»; «Психосинтетическая автобиография», «Разотождествление»; «Самотождествление», «Внутренний диалог»).

Блок 2. Перестройка личности вокруг нового центра (Упражнения: «Пробуждение и развитие желаемых качеств», «Формирование идеальной модели», «Рабочая тетрадь», «Синтез») [Таланов В. Л., Малкина-Пых И. Г., 2005].

В завершении второго этапа исследования пациентам было предложено освободиться от негативных мыслей, сфокусированных на своей болезни, приступить к обсуждению положительных и отрицательных моментов в процессе прохождения упражнений поиска смысловых переживаний. По итогам проведен анализ проделанной работы в общей картине пациента с ПТСР с предоставлением соответствующих рекомендаций.

Выводы. Таким образом, эффективность применения психосинтеза была определена по рефлексивной обратной связи пациентов, участвовавших в программе. Как эффективный момент отмечается, что пациенты стали в меньшей степени чувствовать эмоциональное напряжение, интровертированность в социальных контактах.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ И ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Иванова М. А., Колкова С. М.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность проблемы. Важность изучения механизмов психологической защиты имеет особую актуальность в наше время в связи с успешным развитием психотерапии и различных коррекционных программ, а также их внедрением практически во все области медицины. Поиск содержательных «мишеней» для психологической коррекции личности – одна из наиболее сложных и ответственных задач медицинского психолога и психотерапевта, особенно при выявлении факторов, которые влияют на эту «мишень».

Одним из самых существенных факторов, влияющих на отношение к болезни, осознание ее фрустрирующего (блокирующего основные потребности личности) характера, является угроза личности и связанная с этим тревога. На преодоление фрустрирующего влияния болезни и тревожных переживаний направлены механизмы психологической защиты (вытеснение, регрессия, изоляция, проекция, интроекция, обращение на себя, обращение в свою противоположность, сублимация и др.) [2, 4]. Механизмы психологической защиты способны усугубить, смягчить или нейтрализовать личностные реакции на эмоционально значимые стимулы. Таким стимулом может являться болезнь.

Онкологический диагноз несет в себе массивную психотравму, которая непременно отражается на механизмах психологической защиты больных. Как показывает практика с недавних времен, психотерапия имеет положительный эффект: психическое состояние онкологических больных улучшается, настрой на выздоровление становится выше, уровень выживаемости таких пациентов увеличивается, однако это применительно не для всех пациентов в силу их психологических особенностей [3]. Следовательно, важно более глубоко изучать личность для разработки индивидуального подхода к больному.

Методы. В нашей работе были исследованы механизмы психологической защиты женщин, имеющих онкологическое заболевание, и выявлены взаимосвязи между механизмами защиты и ценностями в момент заболевания. Был использован комплекс методик: опросник Плутчика–Келлермана–Конте Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI) для диагностики механизмов психологической защиты, опросник терминальных ценностей (ОТеЦ) И. Г. Сенина [1].

Материал исследования. Исследование было проведено в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А. И. Крѣжановского». В исследовании приняли участие пациенты с онкологическим заболеванием в количестве 25 человек женского пола. Вторая исследовательская группа – пациенты без онкологического заболевания, т. е. здоровые женщины в таком же количестве (25 человек).

Обсуждение результатов. В результате проведения диагностики получены следующие результаты. Выявлены механизмы психологической защиты у больных исследуемой группы: проекция (40 %), отрицание (20 %), регрессия (16 %), подавление (8 %), реактивное образование (4 %), интеллектуализация (4 %), замещение (4 %), компенсация (4 %).

Обнаружено, что преобладающей ценностью для исследуемой выборки явились активные социальные контакты (9 человек), т. е. для таких людей, как правило, очень значимы все аспекты человеческих взаимоотношений, они часто бывают убеждены в том, что самое ценное в жизни – это возможность общаться и взаимодействовать с другими людьми. На втором месте – сохранение собственной индивидуальности (6 человек), что говорит о том, что у данных людей преобладает стремление к независимости от других людей, стремление к меньшему влиянию массовых тенденций, сохранение собственных взглядов и интересов. Потом следуют развитие себя (3 человека), достижения (3 человека), собственный престиж (1 человек), креативность (1 человек), духовное удовлетворение (1 человек), высокое материальное положение (1 человек).

Также в ходе анализа результатов всех методик, используемых в исследовании, выявлена следующая связь: для женщин, имеющих онкологическое заболевание с механизмом проекция, характерны два варианта ценностей – активные социальные контакты, развитие себя. Для механизма отрицание то же характерны активные социальные контакты и сохранение собственной индивидуальности; для такого механизма психологической защиты как регрессия присущи активные социальные контакты. Взаимосвязь подтверждена с помощью корреляции, которая имеет положительный результат

Другая половина исследования проводилась на второй выборке – здоровые женщины. Были получены следующие результаты: наиболее выраженные механизмы психологической защиты в исследуемой группе здоровых женщин – подавление (28 %), проекция (20 %), регрессия (16 %), отрицание (16 %), интеллектуализация (5 %), реактивное образование (4 %), замещение (4 %), компенсация (4 %).

Преобладающая ценность у 9 человек из исследуемой выборки – достижения. На втором месте находится высокое материальное положение (7 человек), это говорит о том, что такие люди стремятся к возможно более высокому уровню своего материального благосостояния; часто данная группа людей бывает убеждена в том, что материальный достаток является главным условием жизненного благополучия. Далее следует самосовершенствование, саморазвитие (4 человека), люди с данной приоритетной ценностью стремятся к самосовершенствованию, считая при этом, что потенциальные возможности человека почти неограниченны, что в первую очередь в жизни необходимо добиваться наиболее полной их реализации. Последние позиции принадлежали таким ценностям, как активные социальные контакты, собственный престиж, креативность, духовное удовлетворение (по 1 человеку). Анализируя имеющиеся результаты, выявлена следующая подтвержденная связь: для здоровых женщин с механизмом подавление характерны ценности такие ценности, как достижение и высокое материальное положение. Для механизма проекция характерно развитие себя; для женщин, имеющих регрессию, важны достижения.

Выводы. На основе полученных результатов можно сравнить количественные показатели механизмов психологической защиты женщин с онкозаболеванием со здоровыми женщинами: преобладающий механизм психологической защиты первой выборки (у женщин, имеющих онкологическое заболевание) является проекция, во второй выборке (здоровые женщины) – подавление. Остальные механизмы защиты так же различны: по частоте встречаемости среди женщин с онкологическим заболеванием на втором месте – отрицание, а здоровых – проекция. На третьем месте в обеих выборках стоит «регрессия». По итогам исследования выявлена разница между механизмами психологической защиты в исследованных выборках, что свидетельствует о том, что при наличии негативных факторов, в данном случае онкологическое заболевание, происходит смена механизма психологической защиты на эффективный. Проведенное исследование доказывает, что существует взаимосвязь между механизмом психологической защиты и определенным набором ценностей. Последние, в свою очередь, также отличны от ценностей «здоровой выборки».

Л и т е р а т у р а

1. *Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф.* Пособие для психологов и врачей. – СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. – 54 с.
2. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М. : Класс, 2014. – 480 с.
3. *Попова Т. Н., Глыбочко П. В.* Онкология. – М. : Академия, 2013. – 400 с.
4. *Фрейд А.* Психология Я и защитные механизмы. – СПб. : Проспект, 2010. – 194 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВЫХ ДИСМОРФОФОБИЙ

Искандарова Ж. М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, формирующихся на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности [1, 4]. Реклама, средства массовой информации, телевидение, интернет навязывают современной молодёжи «облик идеального тела», параметры супергероев, стандарты культуризма. Всё это пагубно влияет на психоэмоциональное состояние незрелых в личном плане подростков [2, 4].

Согласно данным ВОЗ, депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине дисморфофобических расстройств встречаются преимущественно в подростково-юношеском возрасте и составляют 8—16 % в общей популяции 15—20-летних и более 50 % всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста [7]. Депрессивные расстройства пубертатного периода с элементами дисморфофобии относятся к широко распространенной нервно-психической патологии и в тоже время представляют собой сложную медицинскую и социально-педагогическую проблему, так как нередко сопровождаются расстройствами поведения, нарушением развития, соматическими проявлениями и изменением школьной дисциплины [3, 5, 6].

Цель исследования: изучить влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом личностных особенностей для улучшения лечебно-реабилитационной помощи, профилактики и прогноза данных состояний.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были обследованы 68 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с жалобами на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Применялись клинико-психопатологический и патопсихологический методы исследования, сбор катamnестических данных. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использовался опросник Шмишека-Леонгарда.

Результаты. В ходе проведенного исследования все пациенты были разделены на три группы по преобладанию клинической симптоматики: дисморфофобической тип (28 больных; 41,6 %), деперсонализационный тип (23 больных; 33,3 %), ипохондрический тип (17 больных; 25,1 %). Был выявлен ряд особенностей клинических проявлений подростковых дисморфофобических симптомокомплексов.

Пациенты с дисморфофобическим типом считали себя неинтересными, непривлекательными внешне, высказывали недовольство своим ростом, чрезмерным оволосением, кривыми и худыми ногами, болезненно относились к наличию угревой сыпи, «лопоухих» ушей, слишком большого размера носа, гиперемии и сальности кожных покровов, жаловались на слабОВОлие, винили себя в бесчувственности, скованности, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве.

Пациенты с деперсонализационным типом характеризовались убежденностью в измененности лица, больные не узнавали себя в зеркале, лицо казалось чужим, безжизненным, с тупым, бессмысленным выражением, заявляли, что у них постарела кожа, изменились пропорции тела. У них наблюдался симптом зеркала, пациенты подолгу разглядывали себя в зеркале, все больше убеждаясь в наличии у себя измененной внешности.

Пациенты с ипохондрическим типом жаловались на облысение, маленький рост, непропорциональное телосложение. Внешние недостатки, по их мнению, были обусловлены соматическими нарушениями, неправильным образом жизни, неблагоприятной атмосферой, нарушением обмена веществ.

Все пациенты жаловались на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженную скуку и отсутствие желания что-либо делать. В формировании депрессивного симптомокомплекса выявлены клинические проявления: потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В 75 % случаев (51 пациент) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. На основе детального анализа, включающего оценку особенностей конституционально-личностного склада пациентов, их эмоциональной и коммуникативных сфер, характера реагирования на внешние средовые влияния, степени психофизической зрелости и ряда других клинических особенностей, установлено, что для больных с дисморфофобическими расстройствами характерна выраженная неоднородность личностной структуры.

На основании тестирования по опроснику Шмишека-Леонгарда в ходе исследования установлены личностные особенности: 23 пациента (33,3 %) – мозаичные шизоиды; 11 пациентов (16,6 %) – сенситивные шизоиды; 17 подростков (25 %) – психастеники; эмоционально-неустойчивые – 17 подростков (25 %).

Выявлена взаимосвязь между типом личности и клинической картиной дисморфофобического синдрома. Так, для мозаичных шизоидов характерны обсессивно-компульсивные, сенестоипохондрические, деперсонализационные депрессии. У пассивных шизоидов доминируют депрессии с идеями дефектов внешности и физического уродства. Личностям с психастеническими чертами характера свойственны тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии. Для пациентов с эмоционально неустойчивым расстройством личности характерны ипохондрические депрессии с доминированием соматовегетативных расстройств. На фоне депрессивных расстройств у пациентов зарегистрировано снижение школьной успеваемости (80 %), нежелание продолжать учебу (40 %), появление конфликтов со сверстниками (60 %), уходы из дома, стремление к изоляции и одиночеству, суицидальные мысли. Депрессивные расстройства, формирующиеся в результате дисморфофобической патологии, влияют на все стороны личности, вызывая состояние дезадаптации, и в зависимости от степени тяжести и формы депрессии приводит к появлению опасных для жизни подростка состояний, в том числе и суицидальным тенденциям.

Выводы. Проведенное исследование клинических особенностей дисморфофобических расстройств у подростков показало возможность определения типологических вариантов, конституционально-личностных особенностей, оценки клинических проявлений для осуществления оптимальной диагностики, правильного выбора медикаментозного и психотерапевтического подходов. Полученные результаты позволяют проводить эффективный курс лечения дисморфофобических расстройств и осуществлять дифференцированный выбор метода психотерапевтического воздействия для коррекции поведенческих расстройств.

Л и т е р а т у р а

1. *Крайг Г.* Психология развития. – СПб. : Питер, 2000.
2. *Подольский А. И., Идобаева О. А., Хейманс П.* Диагностика подростковой депрессивности. – СПб. : Питер, 2004.
3. *Антропов Ю. Ф.* Невротическая депрессия у детей и подростков. – М., 2000.
4. *Бабарахимова С. Б., Искандарова Ж. М.* Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков // Актуальные вопросы психического здоровья : сборник материалов международной конференции. – Рязань, 2015. – С. 23—26.
5. *Harrington R.* Depressive Disorders in Childhood and Adolescence. – John Wiley & Sons, 1995.

6. *Heymans P.* Adolescent depression and social situation of development (in co-authoring with Olga Idobaeva and Andrei Podolskij). – 2004.
7. Paper presented at the 6th European Conference on Adolescence. – Budapest, Hungary, 1998.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Коробицина Т. В., Березовская М. А., Жижко Е. В., Хохлова М. М.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Последнее пятилетие в России реализуется новая антинаркотическая модель, предусматривающая снижение спроса на наркотики и иные психоактивные вещества путем совершенствования системы социальной реабилитации и социального сопровождения наркологических больных. Создание Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков признано одним из ключевых компонентов государственной антинаркотической политики, в государственной программе «Противодействие незаконному обороту наркотиков» предусмотрена реализация соответствующей подпрограммы [2].

Необходимость формирования национальной системы реабилитации очевидна: недоступность в подавляющем большинстве субъектов РФ реабилитационной помощи даже для той части больных, которые согласны принять участие в реабилитации, обуславливает низкую конечную эффективность наркологической помощи, которая оценивается на уровне 2 % и признается нарушением права на здоровье [1]. Документально предлагается создать реабилитационные кластеры для оказания услуг нуждающимся лицам (направляемым через процедуру выдачи сертификатов на реабилитацию), включив в систему реабилитационные центры, прошедшие отбор по 47 критериям, которые утверждены Протоколом ГАК от 25.06.2014 г. № 24. При этом увеличить мощность системы в 6—7 раз, а ее эффективность в 15 раз. Однако все необходимо реализовать с изначально заложенным нулевым финансированием и единственным исполнителем – ФСКН России, не имеющей, по сути, сил и средств для решения поставленных задач. В таких условиях необходимо сосредоточиться на уже имеющихся ресурсах, как государственных, так и негосударственных организаций, которые имеют определенные успехи в сфере реабилитационной деятельности.

В феврале 2013 г. утверждена Концепция развития наркологической реабилитационной помощи населению Красноярского края и сформирована система медицинской наркологической реабилитации, включающая государственные учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь наркологическим больным, краевые межрайонные, районные и городские учреждения здравоохранения, учреждения здравоохранения федерального подчинения в ЗАТО, имеющие врачебные наркологические кабинеты, учреждение здравоохранения системы исполнения наказаний. С 2006 г. при КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1» функционирует Координационный Совет по вопросам социальной и духовной реабилитации, сотрудничающий с негосударственными, общественными, религиозными реабилитационными организациями, которых насчитывается более 40. Как пилотный проект в апреле 2015 г. на базе КГБУ СО «Тинской психоневрологический интернат» открыто отделение реабилитации лиц, отказавшихся от немедического потребления наркотиков и успешно завершивших программы медицинской реабилитации от наркозависимости. Однако в функционировании системы комплексной реабилитации и ресоциализации выявились существенные проблемы:

1. Создание реабилитационного кластера для оказания услуг нуждающимся лицам (в том числе жителям других регионов) с включением в систему реабилитационных центров, прошедших отбор по критериям, утвержденным Протоколом ГАК от 25.06.2014 № 24, невозможно без наличия квалифицированного управленческого аппарата.

2. Координирующим деятельность по реабилитации и ресоциализации наркопроблемных лиц органом в крае является министерство здравоохранения края. Однако комплексная реабилитация, а тем более ресоциализация и организация постреабилитационного социального сопровождения далеко выходит за рамки деятельности указанного министерства.

3. Затруднено или отсутствует взаимодействие негосударственных реабилитационных центров с государственными и муниципальными учреждениями и организациями. Отсутствует взаимосвязь и координация деятельности негосударственных реабилитационных центров.

4. Отсутствует паспортизация реабилитационных центров и деятельность по оценке и контролю качества оказываемых ими услуг. Далеко не все негосударственные реабилитационные центры, работающие в Красноярском крае, удовлетворяют требованиям Критериев оценки качества услуг по социальной реабилитации и ресоциализации лиц, допускающих незаконное потребление наркотиков.

5. Практически отсутствует обучение и повышение квалификации сотрудников негосударственных реабилитационных центров – специалистов по различным направлениям деятельности.

6. Отсутствует целенаправленная работа с работодателями и населением в целом по формированию адекватного отношения к наркобольшим, прошедшим медицинскую и социальную реабилитацию. Как следствие, затруднена ресоциализация и трудовая реинтеграция наркологических больных, без проведения которых наркозависимый возвращается к потреблению психоактивных веществ.

7. Финансовые вливания в систему реабилитации и ресоциализации носят не планомерный, постоянный, а фрагментарный, негарантированный характер, и в 2015 г. в конкурсах на получение грантовой поддержки организации, оказывающие реабилитационные услуги наркологическим больным, не участвовали.

8. Оказание услуг (в перспективе) в соответствии с выданным сертификатом на реабилитацию лицам, направленным на реабилитацию через координационные центры, должно быть лишено коррупционной составляющей.

Для оптимизации деятельности регионального сегмента Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации при УФСКН России по Красноярскому краю была создана Ассоциация развития реабилитационных центров Красноярского края, призванная улучшить качество оказываемых в крае реабилитационных услуг наркопроблемным лицам и, как следствие, ограничить спрос на наркотики на территории края. Руководство Ассоциации (команда менеджеров) – специалисты по реабилитации и ресоциализации наркопроблемных лиц, не связанные с деятельностью конкретного реабилитационного центра, представляющие интересы Ассоциации в целом.

В числе решаемых Ассоциацией задач предусмотрено объединение реабилитационных центров без сегрегации, с учетом их своеобразия и самостоятельности, обеспечение взаимодействия негосударственных реабилитационных центров с государственными учреждениями и организациями (подведомственными министерствам здравоохранения, социальной политики, спорта, культуры, агентствами труда и занятости населения, печати и массовых коммуникаций и др.), организация обучения сотрудников центров по профильным программам. Планируется проведение в едином координационном центре организации и предоставления реабилитационной помощи деятельности по мотивированию к вступлению в программы реабилитации и ресоциализации больных с учетом уровня их реабилитационного потенциала.

Необходимо так же содействие сертификации деятельности реабилитационных центров для дальнейшего их участия в программах государственной, в том числе грантовой поддержки; формирование адекватного отношения населения к наркопроблемным лицам, завершившим программы реабилитации и ресоциализации, содействие реабилитационным центрам в их трудовой реинтеграции.

К настоящему времени уже разработан алгоритм предоставления гражданам, страдающим наркологическим заболеванием, услуг по социальной реабилитации и ресоциализации на территории Красноярского края, определены критерии квалификационного отбора организаций, предоставляющих такие услуги. Правительство края рассматривает Ассоциацию развития реабилитационных центров Красноярского края как партнера в реализации социальных услуг наркологическим больным, гарант контроля качества социальной реабилитации и ресоциализации.

Об эффективности такого подхода к системе управления и организации работы по предоставлению услуг по комплексной реабилитации и ресоциализации говорить рано, однако нельзя не отметить, что появилась реальная возможность построения государственно-общественного партнерства в этой сфере.

Л и т е р а т у р а

1. Доклад о международной стратегии по контролю за наркотиками за 2008 год – Россия // Наркология. – 2008. – № 12. – С. 17—27.
2. Противодействие незаконному обороту наркотиков: государственная программа утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 299 // СПС КонсультантПлюс.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, НАХОДЯЩИХСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ЛЕЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Кралько А. А., Зиматкина О. С., Григорьева И. В.

**ГУ «Республиканский научно-практический психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь**

Актуальность проблемы. Распространенность употребления алкогольных напитков среди несовершеннолетних и молодежи на протяжении многих лет продолжает оставаться одной из ведущих социально значимых проблем нашего общества, определяющих острую необходимость организации решительного и активного противодействия.

Результаты проведенных в 2013–2014 гг. Республиканским центром наркологического мониторинга и превентологии крупномасштабных социологических исследований уровня и моделей потребления алкоголя учащейся и работающей молодежью выявили ряд проблемных областей, на которые следует воздействовать с помощью специально разработанных превентологических программ.

Результаты. Выявлен высокий уровень потребления алкоголя учащейся молодежью – среди юношей алкоголь употребляют 85 %, среди девушек – 70 %. В культуре потребления алкоголя учащейся молодежью доминируют «пиво-водочно-винная» и «домашне-гостевая» формы. Положительное отношение к алкоголю и высокий уровень бытового пьянства сочетаются с пониманием личностной и общественной вредности, негативными социальными и другими последствиями злоупотребления алкогольными напитками. Пик приобщения к употреблению алкоголя в последние годы сместился с возрастной группы 16—17 лет в группу 14—15 лет, наблюдается процесс феминизации алкоголизации молодежи. Только 29 % учащейся молодежи не употребляет алкоголь, здоровый образ жизни ведут 32 % юношей и 25 % девушек.

Одним из важных участников процесса профилактики пьянства и алкоголизма следует рассматривать систему образования. Имеющийся у нее профессиональный, организационный ресурс, а также сфера ее социального влияния позволяют обеспечивать комплексное, системное воздействие на целый ряд социальных групп, прежде всего несовершеннолетних и молодежи, и вносить существенный вклад в формирование культуры здорового и безопасного образа жизни у подрастающего поколения.

В настоящее время возникла необходимость дальнейшего развития методологических и организационных основ профилактической деятельности в образовательной среде. Это обусловлено как существенными изменениями социальных, социально-культурных характеристик ситуации, связанной с распространенностью потребления алкоголя среди несовершеннолетних и молодежи, так и изменениями реалий жизни современного общества в целом, возросшей актуальностью формирования культуры здорового и безопасного образа жизни, а также изменениями государственной политики в сфере борьбы с алкоголизмом. С одной стороны, профилактическая деятельность ориентируется на дальнейшее усиление и ужесточение контроля за оборотом алкогольных напитков, с другой – определяет приоритет задач первичной профилактики, основанной, главным образом, на развитии культуры здорового образа жизни и на формировании адекватного отношения молодежи к алкоголю.

Вопросам профилактики пьянства и алкоголизма среди несовершеннолетних и молодежи посвящено достаточное количество исследований как отечественных, так и зарубежных ученых. Однако до сих пор малоизученными остаются аспекты профилактики алкоголизма у несовершеннолетних, находящихся в специальных учебно-воспитательных и специальных лечебно-воспитательных учреждениях (далее – специальные учреждения образования). Подростки, находящиеся в указанных образовательных учреждениях, имеют особенности психического и соматического здоровья. Установлено, что ранее они уже неоднократно совершали правонарушения и в целом имеют неблагоприятные предпосылки для усугубления девиантного поведения. Период нахождения такого подростка в специальном учреждении образования необходимо максимально использовать для осуществления медицинской профилактики пьянства и алкоголизма. Вместе с тем следует констатировать, что отсутствуют программы медицинской профилактики алкоголизма для данной категории лиц, научных исследований с привлечением этого контингента подростков ранее проводилось недостаточно.

На наш взгляд, в первую очередь следует выявить мотивы аддиктивного поведения и виды неадаптивных копинг-стратегий у несовершеннолетних, находящихся в специальных учреждениях образования. Также представляется необходимым разработать программу медицинской профилактики синдрома зависимости от алкоголя у несовершеннолетних, находящихся в указанных учреждениях, с учетом мотивов аддиктивного поведения и имеющихся копинг-стратегий.

Выводы. Таким образом, по результатам исследования сформируется метод медицинской профилактики синдрома зависимости от алкоголя у несовершеннолетних, находящихся в специальных учреждениях образования, который будет основан на выявлении нарушений, связанных с употреблением алкоголя, мотивов аддиктивного поведения, индивидуального стиля совладания со стрессом, непродуктивных паттернов поведения и ресурсов личности.

Метод медицинской профилактики синдрома зависимости от алкоголя у несовершеннолетних, находящихся в специальных учреждениях образования, должен быть внедрен в существующую систему охраны здоровья населения с целью снижения распространенности последствий алкогольного потребления, что позволит снизить затраты на оказание медицинской помощи лицам, употребляющим алкоголь, путем снижения риска возникновения неинфекционных заболеваний.

АНАЛИЗ ПОТЕРЬ ЭКОНОМИКИ, СВЯЗАННЫХ С ПЬЯНСТВОМ И АЛКОГОЛИЗМОМ НАСЕЛЕНИЯ

Кралько А. А., Осипчик С. И.

**ГУ «Республиканский научно-практический психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь**

Актуальность исследования. Экономическое бремя алкоголизма представляет собой серьезную проблему для большинства стран мира. Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), связанные с алкоголизмом расходы для общества составляют 2—5 % ВВП. Эти цифры представляют собой минимальную оценку ущерба, поскольку учитывают, как правило, только прямые издержки, вызванные алкоголизмом. Рядом исследований, было показано, что из года в год в различных странах экономическая стоимость алкоголизма растет.

Республика Беларусь по уровню потребления алкоголя входит в первую десятку стран с наибольшим уровнем потребления абсолютного алкоголя на душу населения (10,47 литра в 2014 г.). Следует признать, что реальный уровень потребления алкоголя населением Республики Беларусь может быть выше, так как в официальную статистику не включается потребление незарегистрированного алкоголя. Также целесообразно учитывать потребление алкоголя трудовыми мигрантами, которые находятся за пределами страны, но остаются гражданами Беларуси (по разным оценкам, их количество составляет около 10 % трудоспособного населения страны).

Обсуждение собственных результатов. Начиная с 2012 г. нами предпринимаются попытки расчета экономических потерь от потребления алкоголя в стране на основе ранее разработанной «Методики расчета общегосударственных затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом в Республике Беларусь», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2010 г.

При расчете используются данные о затратах по отдельным статьям бюджета Республики Беларусь, опубликованные статистические данные Национального статистического комитета Республики Беларусь, а также информация, поступающая из Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, Министерства внутренних дел Республики Беларусь.

К экономическим затратам, обусловленным пьянством и алкоголизмом, мы отнесли прямые и косвенные издержки, а также затраты домохозяйств на приобретение алкоголя.

При расчете прямых экономических затрат учитывались:

- затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов, страдающих алкоголизмом и употребляющих алкоголь с вредными последствиями;
- затраты на реализацию Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма;
- затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом, вследствие пьянства и алкоголизма (расходы МВД на содержание лечебно-трудовых профилакториев, расходы на содержание вытрезвителей, затраты бюджета на содержание лиц, совершивших преступления в состоянии алкогольного опьянения, ущерб вследствие пожаров, случившихся по вине лиц, находившихся в состоянии алкогольного опьянения, по данным Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь).

Косвенные затраты включают:

- экономические потери в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие алкоголизма;
- экономические потери в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие металкольных заболеваний;
- затраты на диагностику, лечение, реабилитацию пациентов с металкольными заболеваниями и созависимых.

Затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов, страдающих алкоголизмом и употребляющих алкоголь с вредными последствиями в 2014 г. составили 125 355,3 миллиона рублей.

На реализацию Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 гг. в 2014 г. потрачено 2607,3 миллиона рублей.

Также рассчитывались затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом вследствие пьянства и алкоголизма, в том числе оценивались экономические потери вследствие правонарушений, уничтожения имущества, содержания части системы исполнения наказаний, лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП), вытрезвителей. В 2014 г. они составили 509,3 миллиона рублей.

Экономические потери в связи с преждевременной смертностью вследствие алкоголизма были рассчитаны исходя из того, что в 2014 г. зарегистрировано 6713 смертей от причин, прямо связанных с алкоголем. Учитывая, что ВВП на душу населения в 2014 г. составил 82,1 миллиона рублей, экономические потери в связи с преждевременной смертностью вследствие алкоголизма равны 551,1 миллиарда рублей.

Стоимость косвенного ущерба или недополученного обществом дохода вследствие металкольных заболеваний рассчитывалась на основании произведения стоимости года человеческой жизни и количества утерянных лет жизни вследствие заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголя. Количество потерянных лет жизни от всех причин и факторов риска по данным научной литературы составляет 137 лет на 1000 человек. Доля алкогольного злоупотребления в этом показателе достигает 5 %, или 6,85 года на 1000 человек в год. Исходя из зарегистрированного числа населения в 2014 г. (9 481,0 тысяч человек), число лет жизни, потерянных вследствие заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем, в 2014 г. составляет 64856,5 года. Таким образом, учитывая, что ВВП на душу населения в 2014 г. составил 82,1 миллиона рублей, стоимость потерянных лет жизни вследствие причин, связанных со злоупотреблением алкоголем, в 2014 г. составила 5332,0 миллиарда рублей.

По данным научной литературы, до 38 % затрат на больничную помощь связаны со злоупотреблением алкоголем. Так как в Республике подобные исследования не проводились, для расчета затрат этого вида использовался средний показатель доли затрат, обусловленных злоупотреблением алкоголем в 20 %. Сумма затрат на оказание медицинской помощи в республике в 2014 г. согласно утвержденному республиканскому бюджету составила 2745,4 миллиарда рублей, соответственно затраты на диагностику, лечение, реабилитацию пациентов с металкольными заболеваниями равняются 549,1 миллиарда рублей.

В 2014 г. зафиксировано 19869 случаев появления на работе в состоянии алкогольного опьянения, распития алкогольных напитков в рабочее время или по месту работы. Принимая во внимание, что в соответствии с Трудовым кодексом Республики Беларусь такие работники отстраняются от работы, экономические потери при стоимости одного человеко-дня 217 802 рублей составили 4,3 миллиарда рублей.

По причине употребления алкогольных напитков на рабочем месте в 2014 г. уволено 6010 человек. При условии, если уволенный с работы не работает после увольнения 7 дней, то общая сумма потерь составит 9,2 миллиарда рублей.

Согласно данным Национального статистического комитета Республики Беларусь в структуре потребительских расходов домашних хозяйств доля расходов на покупку алкоголя в 2014 г. составляла 2,5 %. При среднем месячном доходе, равном 4 592 000 рублей, расходы на алкоголь за год составляют 1 377 600 рублей, экономически активное население (4 509 000 человек) в 2014 г. потратило на приобретение алкогольных напитков 6 211,6 миллиарда рублей.

Выводы. Таким образом, экономические потери, связанные с пьянством и алкоголизмом, в 2014 г. составили 1,7 % от ВВП, что сопоставимо с аналогичными показателями за 2012 и 2013 гг. (1,7 % и 1,8 % соответственно). Однако следует отметить, что масштаб алкогольных проблем огромен по своим проявлениям и последствиям и выходит за рамки представленных на сегодняшний день цифр.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Кучаева А. В., Семенихин Д. Г., Михайлова Е. Б.

**ГБОУ ДПО Казанская ГМА МЗ РФ
Казань, Республика Татарстан, Россия**

Актуальность. В последние десятилетия в лечении расстройств личности при непсихотической депрессии активно используют психофармакотерапию. По результатам исследований, до 90 % пациентов с расстройствами личности при непсихотических депрессиях, находящихся на стационарном лечении, нуждаются в психофармакотерапии. Лечение расстройств личности при непсихотической депрессии имеет определенную специфику, сказывающуюся в индивидуальном подходе к лечению характерологических девиаций. Ставшее хрестоматийным высказывание основоположника отечественной медицины М. Я. Мудрова о том, что необходимо лечить не болезнь, а больного, применительно к расстройствам личности приобретает особую актуальность. При этом врач-психиатр оказывается перед необходимостью выбора оптимально действующих психотропных лекарственных средств в лечении расстройств личности при непсихотической депрессии.

Цель: изучить влияние терапии психотропными лекарственными средствами на расстройство личности при непсихотической депрессии для повышения эффективности фармакотерапии.

Материал и методы. Обследовано 500 пациентов с непсихотической депрессией с диагнозами: 132 пациента – органическое депрессивное расстройство (F.06.3), 71 пациент – депрессивный эпизод легкой степени выраженности (F32.0); 54 пациента – депрессивный эпизод средней степени выраженности (F32.1); 83 пациента – рекуррентное депрессивное расстройство с депрессивным эпизодом легкой степени выраженности (F33.0); 64 пациента – рекуррентное депрессивное расстройство с депрессивным эпизодом средней степени выраженности (F33.1); 96 пациентов – смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2).

В исследовательскую выборку вошли 302 женщины, 198 мужчин человек, возраст 16—57 лет, средний возраст составил 36 ± 18 лет. Все пациенты находились в 2015 г. на стационарном лечении в ГАУЗ РКПБ МЗ РТ им. акад. В. М. Бехтерева г. Казани Расстройства личности классифицировались в соответствии с принятой в США многоосевой нозологической системой DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Диагнозы заболеваний соответствовали принятой в Российской Федерации Международной классификации болезней МКБ-10. Пациенты получали лечение: антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, ноотропы.

Статистическая обработка материалов проведена с использованием стандартного пакета программ Statistica 6 for Windows с использованием параметрических показателей оценки сравниваемых величин (критерий Стьюдента). Достоверными считали различия при уровне статистической значимости 95 % ($p < 0,05$).

Результаты. Лечение антидепрессантами получали все пациенты с расстройствами личности при всех типах непсихотических депрессивных расстройств. Терапия одним тимоаналептиком была назначена 31 (6,2 %) больному, 204 (34 %) пациента получали несколько антидепрессантов разных классов одновременно, 327 (65,4 %) пациентов лечились несколькими классами антидепрессантов сменными курсами ($p < 0,05$). Наиболее частыми причинами смены антидепрессанта во всех группах пациентов с расстройствами личности при всех непсихотических депрессиях были: развитие нежелательных лекарственных реакций – 63 %, резистентность к тимоаналептической терапии – 51 %, сложная, нарушающая распорядок дня схема приема антидепрессантов – 44 %, преждевременное полное прекращение приема антидепрессантов при первых же признаках улучшения психического состояния – 37 % ($p < 0,05$). Длительность антидепрессивной терапии в общей выборке больных с расстройствами личности составила $25,3 \pm 12,14$ дня.

Анксиолитические лекарственные средства были назначены 76 % пациентов с расстройствами личности при всех изучаемых типах непсихотических депрессивных расстройств ($p < 0,05$). Наиболее часто назначаемыми транквилизаторы были: диазепам – 64 % и феназепам – 53 % ($p < 0,05$). Пациентам с расстройствами личности на фоне смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) в 2,5 раза чаще (47 %) были назначены анксиолитические лекарственные средства по сравнению с другими типами изучаемых непсихотических депрессивных расстройств (F32.0, F32.1, F33.0, F33.1, F41.2), что связано с наличием выраженного тревожного компонента в структуре данного заболевания ($p < 0,05$).

При терапии пациентов с расстройствами личности на фоне смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) отмечалось сглаживание анксиозных свойств личности – снижение гиперчувствительности к ситуациям, связанным с интерперсональными контактами (минимизация сенситивных реакций, уязвимости к воздействию социальной среды). При всех изучаемых типах депрессии шизоидные и паранойяльные личности только в 11 % случаев принимали антидепрессанты. Пациенты с параноидным расстройством личности и непсихотическими депрессиями с недоверием относились к тимоаналептической терапии, требовали длительных и детальных разъяснений по поводу произведенных назначений, принимали помощь только у врачей-психиатров, пользующихся уважением.

Выводы. В результате анализа назначения психофармкотерапии, применявшейся у пациентов с расстройствами личности при непсихотической депрессии, было выявлено, что смена одного класса антидепрессанта чаще проводилась в результате развития нежелательных лекарственных реакций либо вследствие резистентности симптомов депрессии к проводимому лечению. Отмечалось сглаживание анксиозных свойств личности при лечении пациентов с расстройствами личности на фоне смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) анксиолитическими лекарственными средствами. При всех типах депрессии приверженность к терапии у шизоидных и паранойяльных личностей была выявлена только в 11 % случаев.

КОРРЕКЦИОННЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА С ЦЕЛЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНЫХ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ

Лазарева Ю. В.

**КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»
Красноярск, Россия**

Актуальность. В настоящее время увеличилось число детей с нарушением психофизического развития. Особенно возросло количество безречевых детей, имеющих нарушение коммуникативной функции речи и эмоционально-волевой сферы, детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Коррекционная работа с такими детьми проводится не только в образовательных учреждениях, например, таких как центры Психолого-педагогического консультирования и коррекции, но и в медицинских учреждениях, таких как психоневрологические дис-

пансеры, где есть детские стационары (ДДС). На базе таких стационаров осуществляется полидисциплинарный подход в решении проблемы: ребенок, поступивший на лечение, обследуется, консультируется целым рядом специалистов ДДС (врачом-психиатром, психологом, логопедом, психотерапевтом, физиотерапевтом и др.), посещает коррекционные занятия. Одним из таких учреждений является Красноярский психоневрологический диспансер № 1, где вот уже более 20 лет существует Детский дневной стационар (ДДС), на базе которого осуществляется помощь детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Врач-психиатр ДДС, обследуя соматическое, неврологическое и психическое состояние ребенка, назначает нужное лечение и при необходимости направляет ребенка на консультацию педагога-дефектолога. Дефектолог выявляет уровень сформированности его знаний, умений, навыков, существующий на данный момент, определяет зону ближайшего развития, даёт рекомендации родителям относительно дальнейшей коррекционно-развивающей работы с ребенком или оформляет его на коррекционные занятия в ДДС.

Целью данной статьи является освещение вопросов первичной педагогической коррекции детей с РАС, которая осуществляется дефектологом медицинского учреждения. На первое место при организации работы с такими детьми выступает решение следующих вопросов: установление эмоционального контакта, взаимодействия, организация совместной игровой деятельности, невербального контакта (мимика, жесты, зрительный контакт), формирование предпосылок речевой коммуникации, учебного поведения и др.

Особенности формирования психических функций у детей с аутистическим спектром. Коррекционная направленность занятий дефектолога ДДС. Детский аутизм является распространенным нарушением психического развития ребенка. Установлено, что этот синдром встречается примерно в 3–6 случаях на 10 000 детей, обнаруживаясь у мальчиков в 3–4 раза чаще, чем у девочек. К наиболее ярким проявлениям синдрома (О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. Аутичный ребенок. Пути помощи. М. : «Теревинф», 1997) относят: аутизм как таковой, т. е. предельное, «экстремальное» одиночество ребенка, снижение способности к установлению контакта, коммуникации и социальному развитию; стереотипность в поведении, связанную с напряженным стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизни, сопротивление малейшим изменениям в обстановке, порядке жизни, страх перед ними, поглощенность однообразными действиями и др.

Для детей с аутистическим синдромом характерна задержка и нарушение развития речи, прежде всего ее коммуникативной функции. Мутизм – отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации, при котором сохраняется возможность случайного произнесения отдельных слов и даже фраз. Эхолалии – немедленные или задержанные повторения услышанных слов или фраз и т. д. Характерно, что речевые нарушения проявляются в контексте более общих нарушений коммуникации: ребенок практически не использует также мимику и жесты. Кроме того, обращают на себя внимание необычный темп, ритм, мелодика, интонация речи. Раннее проявление указанных расстройств (по крайней мере, до двух с половиной лет), что подчеркнул доктор Л. Каннер. По мнению специалистов, речь идет не о регрессе, а скорее, об особом раннем нарушении психического развития ребенка.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что аутизм – это сложное нарушение развития, требующее особенного подхода, осуществление которого возможно при участии целой команды специалистов. И, как считают российские ученые, основные усилия должны быть направлены на педагогическую коррекцию поведения аутичного ребенка, его обучение и социализацию, что даст ребенку возможность в дальнейшем выйти в большой мир людей.

Сегодня существуют разные подходы к коррекции психических расстройств, наблюдаемых у детей с РАС. В случае, когда нарушена эмоциональная связь ребенка с миром, традиционные приемы обучения не действуют. Работа с аутичным ребенком требует особого подхода. Я, как учитель-дефектолог, работающий с такими детьми в ДДС, использую опыт организации групповых коррекционных занятий, успешно применяемый в Центре Лечебной Педагогике г. Москвы.

В рамках ДДС ребенок с РАС сначала проходит курс индивидуальных занятий вместе с одним из родителей в кабинете дефектолога. На этих занятиях ребенок и педагог устанавливают контакт, учатся взаимодействовать, формируют первичные коммуникативные умения и навыки и т. д. А уже потом первым опытом группового взаимодействия для таких детей становятся занятия в детско-родительской группе. Когда ребенок с РАС и его родитель включаются в группу детей с другими расстройствами, например, с моторной алалией, ЗПР, умственной отсталостью и т. д. Группа состоит из 3—6 детей дошкольного возраста, как правило, с матерями.

Одним из вариантов организации детско-родительских занятий являются групповые занятия в КРУГе, проводимые в музыкальном зале.

Занятие КРУГ – это ритмически организованное, недлительное по времени занятие, эмоционально и сенсорно наполненное играми, направленное на стимуляцию активного участия ребенка в общей игре, на развитие его коммуникативных возможностей, эмоциональной сферы и возможностей саморегуляции. Название «круг» продиктовано расположением участников – дети с родителями располагаются кружком на полу. Такое расположение ограничивает на время внешнее пространство, дети и взрослые выступают как равноправные участники группового занятия, все соблюдают очередность и каждый становится участником игры.

Групповые занятия в КРУГе имеет ряд преимуществ: 1) это короткое групповое занятие. На этапе введения ребенка в группу это особенно важно, так как позволяет ребенку быстрее научиться участвовать в занятии от начала до конца. Если ребенок не готов участвовать в предлагаемых педагогом играх, ему даётся возможность участвовать не все время, а присоединиться к детям лишь на какое-то время, чтобы поиграть в любимую игру, а затем снова выйти из круга; 2) при введении в группу ребенок имеет возможность сначала понаблюдать за происходящим и только потом стать участником занятия. Находясь в роли наблюдателя, ребенок привыкает к новой ситуации и в какой-то момент может сам решиться и сесть в общий круг и сделать что-то вместе с остальными детьми; 3) на занятии ребенок сидит напротив других детей, это помогает ему сосредоточиться на лицах других участников, на игровых и подражательных действиях, в ограниченном пространстве круга легче удержаться, а короткие задания позволяют легче регулировать время участия ребенка в занятии; 4) занятие позволяет детям увидеть и поприветствовать друг друга, поднимает эмоциональный фон в группе, дает эмоциональную подпитку каждому. Участвуя по очереди или вместе в играх, прикасаясь друг к другу, дети осознают свою причастность к коллективу, настраиваются на контакт; 5) от занятия к занятию структура КРУГа длительное время остается неизменной, что позволяет детям запомнить последовательность игр и стихов, появляется возможность прогнозировать ситуации, а следовательно, сохранять эмоциональное равновесие, легче адаптироваться и т. д.

Определены основные задачи КРУГа: создание условий и формирование у детей мотивации к взаимодействию и общению; формирование образа себя через игровое взаимодействие с детьми и взрослыми; стимуляция собственной игровой, коммуникативной, речевой активности ребенка; развитие произвольной регуляции поведения; развитие познавательной сферы: зрительного и слухового внимания, памяти; формирование представлений об окружающем мире.

В качестве ведущего КРУГа выступает педагог-дефектолог. Он организует ход игры, предлагает игры, устанавливает правила. Родители, присутствующие на занятии, – это активные помощники, как своих детей, так и педагога, при этом они сами являются равноправными участниками занятия и наравне с детьми выполняют все задания, участвуют в играх. В некоторых случаях возникает необходимость в помощи ребенку со стороны взрослого, сидящего рядом. Поначалу многим детям очень трудно соблюдать общие правила, и освоить их помогает взрослый. Часто детям требуется физическая помощь, например, в удержании позы, предмета, который используется в игре, выполнении определенных движений руками, и тогда родитель помогает своему ребенку. Это продолжается до тех пор, пока сам ребенок не начнет активно действовать, повторяя движения за педагогом.

Структура и содержание занятий КРУГ. Каждое занятие начинается с приветственного обращения. Приветствие позволяет ребенку почувствовать себя членом коллектива. Дети начинают обращать внимание друг на друга, радоваться встрече, в момент эмоционального подъема активизируется их речь.

Следующей важной составляющей КРУГа являются сенсорные игры. Они помогают создать благоприятный эмоциональный фон в группе, привлекают внимание и стимулируют активность ребенка. Сенсорные игры разнообразны. Игры проходят на эмоциональном подъеме, сопровождаются речевым материалом, что способствует развитию собственной речевой активности детей.

Основным наполнением КРУГа являются ритмические игры. Их цель – эмоциональное единение детей и взрослых, заражение эмоциями. Внешний ритм, заданный педагогом, помогает ребенку организовать собственную активность, например, дети хлопают в ладоши, маршируют, бегут, прыгают или качают головой в ритме звучащего стихотворения или песни. Ритмические игры, как правило, предполагают выполнение тех или иных движений ребенком по подражанию.

Подражание – необходимая ступень в развитии различных видов деятельности ребенка, будь то игровая, речевая или другая деятельность. Это могут быть как игры на подражание с простым ритмическим текстом и движениями, например, «Ладушки», «Сорока-белобока», так и более сложные, например, «Так мы топаем ногами», «Надувала кошка шар», «Шла большая черепаха» и др.

Данный этап занятия позволяет поднять эмоциональный тонус ребенка, дает возможность ребенку увидеть эмоциональную реакцию на происходящее других детей. Это развивает его коммуникативные функции, учит ребенка ожиданию своей очереди, выполнению не-

сложных действий по подражанию, формирует способность действовать по очереди. В рамках игры дети быстрее усваивают бытовые подробности, столь важные для развития представлений об окружающем мире.

Ритмические, сенсорные игры, используемые на занятии, позволяют каждому побывать в роли водящего. Следовательно, дети учатся реагировать на обращение, проявлять собственную инициативу в общении, выдерживать хотя бы непродолжительный контакт глазами с другими детьми. Ребенок учится проявлять себя, совершать выбор, что способствует развитию представлений о собственном Я.

Тематика сенсорных и ритмических игр, их речевое, стихотворное содержание, моторно-двигательное наполнение зачастую определяется сезонными изменениями в природе (занятия в зимний период будут связаны с изменениями природы зимой, зимними играми детей, зимними праздниками и т. д.).

Ведущий КРУГа все время старается ввести ребенка в события реального мира, опираясь на то, что ему может быть более понятным и нужным. Большинство детей именно на подобных занятиях произносят свои первые слова, начинают обращать внимание на других участников мероприятия, выполняют определенные движения и т. д., то есть формируются предпосылки осознанной самостоятельной активности, коммуникации, как невербальной, так и речевой. Окончание КРУГа также должно быть четко оформлено. Для этого дети могут, взявшись за руки, спеть прощальную песенку, рассказать общее стихотворение, задуть свечу, которая была зажжена в начале занятия, или просто помахать друг другу рукой со словами «До свидания!», «Пока!». Занятие оканчивается на положительной ноте, что способствует формированию у ребенка потребности и желания посещать подобные мероприятия в последующем.

Заключение. Таким образом, можно говорить о том, что организация занятий с особым ребенком, учитывающая новые методы и современный опыт коррекции нарушений аутистического спектра, а именно групповые занятия в КРУГе, играет важную роль в осуществлении комплексного подхода в коррекции нарушений психофизического развития детей с ограниченными возможностями здоровья.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ИБС

**Лебедева Е. В.^{1,2}, Счастный Е. Д.¹, Симуткин Г. Г.¹,
Сергиенко Т. Н.², Нонка Т. Г.², Репин А. Н.²**

¹ НИИ психического здоровья, Томск, Россия

² НИИ кардиологии, Томск, Россия

Актуальность исследования. Депрессия является фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), она значительно отягощает клиническое течение соматического страдания и влияет на его прогноз. Обсуждается, что в основе соболезненности депрессивных расстройств и ИБС лежит биологическая уязвимость, обусловленная полиморфизмами генов, общих для развития коронарной болезни и депрессии (ген АПФ, ген транспортера серотонина, ген G-белка и другие гены-кандидаты (Лебедева Е. В. и др., 2012). Она провоцируется жизненными стрессами и переживаниями, связанными с ограничениями, обусловленными наличием хронического заболевания сердца, необходимостью инвазивных вмешательств и т. д.

Тревога и депрессия в рамках невротических и связанных со стрессом расстройств могут выявляться у половины больных хронической ИБС, а клинически значимые расстройства настроения обнаруживаются у четверти пациентов с хронической ИБС (Белокрылова М. Ф., 2000; Корнетов Н. А., Лебедева Е. В., 2003; Гарганеева Н. П., Белокрылова М. Ф., 2009; Сергиенко Т. Н. и др., 2010; Репин А. Н. и др., 2010; Долженко М. М., 2013).

Успешность операции коронарного шунтирования (КШ) может в значительной степени зависеть от психического состояния пациента, поскольку сам факт необходимости оперативного вмешательства на сердце несет стресс для пациентов. Наиболее эффективно подготовку и ведение пациентов с ИБС, особенно при проведении хирургических вмешательств, осуществляет междисциплинарная команда, которая состоит не только из кардиохирургов и кардиологов, в состав команды для проведения реабилитационных мероприятий включаются психиатры, психологи, врачи лечебной физкультуры, социальные работники и др. При работе в команде остается проблема выбора психотерапевтических методов и содержательных аспектов

Материал и методы. Обследовано и подготовлено к операции КШ 129 больных, из них 121 (93,8 %) мужчина и 8 (6,2 %) женщин. Средний возраст пациентов составил $59 \pm 7,2$ года.

Исследовательская группа формировалась целенаправленно, выборочно из числа госпитализированных в клинику НИИ кардиологии. Критерии включения: согласие пациента; диагностированная ИБС, планируемое оперативное лечение ИБС (КШ), возраст от 40 до 75 лет. Пациент исключался из исследования в случаях: отказа от участия на любом этапе исследования; деменции; других тяжелых органических заболеваний головного мозга (энцефалиты, менингиты, последствия ЧМТ и др.); тяжелых психических заболеваний (шизофрения, тяжелая депрессия). Среди обследованных пациентов у 25 (19,4 %) выявлены невротические и связанные со стрессом расстройства, у 23 (17,8 %) обнаружены аффективные расстройства.

Результаты. Нами выработана тактика реабилитации пациентов с планируемым КШ (Лебедева Е. В. и др., 2015). Применение экзистенциально-гуманистического подхода увеличивает комплаентность пациентов. Образовательное направление позволяет информировать пациента о современных способах терапии депрессии, тревоги, ИБС. Доказательную базу эффективности имеет когнитивно-поведенческая психотерапия, ее использование позволяет контролировать свои симптомы, корригировать ошибочный стиль мышления (в том числе мифы об ИБС) и, таким образом, управлять своим расстройством. Семейная психотерапия позволяет активнее включать в реабилитационный процесс близких и родных пациента, формировать поддерживающее окружение. Предпочтение отдается работе в группе. Активное использование физических тренировок не только увеличивает толерантность к физической нагрузке, но и выявляет антидепрессивный эффект. Также мы взаимодействуем с социальными службами для продолжения социокультурной реабилитации и проблем занятости из-за временной, частичной или полной утраты трудоспособности больных. В данной работе описаны психотерапевтические подходы, используемые сотрудниками команды.

Реабилитационные мероприятия начинались с первого знакомства с пациентом. Приведем примерный алгоритм первой беседы с больным (Репин А. Н. и др., 2012). Беседу с пациентом лучше осуществлять в отдельном кабинете. Узнав имя и отчество пациента, в течение беседы следует как можно чаще обращаться к нему по имени и отчеству. Необходимо представиться (назвать ФИО, должность, звание, опыт работы: теоретический и/или практический). Молодому специалисту уместно отметить, что он «особенно интересуется подобными состояниями» и/или «имеет курс специальной подготовки» в отношении оперативного лечения ИБС.

Далее следует в доступной форме рассказать пациенту о сути расстройства и необходимости вмешательства. Предупредить о «возможных неприятных ощущениях, с которыми нужно справиться», например, «после пробуждения от наркоза будет мешать интубационная трубка, не стоит сопротивляться ей». В данном случае стоит рассказать об успешном опыте преодоления этих проблем другими пациентами («Один пациент вашего возраста, сейчас он вернулся к своей работе, рассказал, что ему было легче, когда он...»). Можно попросить больного «подумать, как проще это преодолеть, а позже поделиться своими ощущениями и опытом, поскольку это очень важно». Обсудить все риски и выгоды вмешательства.

Следует отметить, что риск для жизни в условиях современного оборудованного стационара составляет не более 1,5 %, поскольку пациенты обычно оценивают риск выше (иногда до 50 % и более). Описать другие способы контроля над симптомами. Информировать о риске невмешательства (в том числе на протяжении времени). Предупредить об особенностях послеоперационного периода, примерном времени восстановления до удовлетворительного самочувствия. Указать пациенту на степень его ответственности (ожидаемое от него поведение, действия). Поинтересоваться тем, есть ли какие-либо вопросы или сомнения у пациента по ходу беседы. Прощаясь, следует отметить, что через несколько дней будут обсуждены и другие вопросы восстановления, ведь пациент допускает высокую вероятность смертельного исхода и мысленно прощается со всеми (в том числе и с врачом). Также такой прием позволяет в последующем избежать деления пациентом своей жизни на «до и после операции», позволяет сохранить ее целостность.

Желательное поведение врача для выработки высокой степени доверия: поддерживать контакт глазами, подбадривающе покачивать головой, прикасаться к кистям рук пациента. «Замечать» пациента в коридоре улыбкой, кивком головы или коротким вопросом о самочувствии. Поощрять его поступки, направленные на управление самочувствием, любые позитивные изменения поведения.

В беседах пациенты могут предъявлять переживания в связи уязвимостью из-за болезни, возраста, болезненного состояния или тяжелой утраты, усиления печали и подавленности, а также из-за страха смерти, беспомощности, опасения стать обузой близким. Эти психологические переживания достаточно выражены, поэтому пациенты испытывают потребность говорить об этом снова и снова с врачом, с медицинским персоналом, с другими больными.

В таких случаях медицинские сестры и врачи-кардиологи могут использовать простое поддерживающее консультирование (эмоциональную поддержку), эмпатическое слушание. Заметив невербальные признаки ухудшения настроения или усиления тревоги у пациента, следует инициировать беседу. По возможности, дать ему достаточно времени для ответа на вопрос, так как пациенты часто имеют психомоторную заторможенность и не могут говорить быстрее. Открытые вопросы подразумевают развернутый ответ. В случае уточнения какой-либо информации можно использовать закрытые вопросы, требующие подтверждения или отрицания. Эмпатические техники не несут опасности для пациента, особенно невербальные приемы передачи эмпатии: визуальный контакт, прикосновения, особые движения, без требования поддержания беседы (Лебедева Е. В., Симуткин Г. Г. и др., 2010).

В силу пессимистического мировоззрения, характерного для депрессивных состояний, у пациентов часто отмечается неверие в успех терапии, в возможность улучшения самочувствия, в наличие жизненных перспектив. Врач может и должен внушить пациенту надежду, основанную на его опыте, что «ощущения, испытываемые пациентом в настоящее время, закончатся», что «можно научиться слушать сигналы тела и контролировать самочувствие», что «необходимо некоторое время и определенные усилия, для того чтобы почувствовать улучшение». Врачи-кардиологи могут помочь в выявлении идей вины и собственного обесценивания, а также суицидальную настроенность. В процессе беседы врач может предъявить пациенту доказательства, опровергающие пессимистические мысли (привести примеры), желательно организовать контакты планируемого к оперативному лечению пациента с успешно прооперированными больными.

Врач любой специальности может предоставить пациенту свои наблюдения в отношении признаков улучшения его состояния, а также выразить свое отношение к положительной динамике («Мне кажется, Вам стало легче. Я рад за Вас»). При наличии психотической симптоматики демонстрируется уважительное отношение к ощущениям и переживаниям пациента, отмечается «возможный болезненный генез» их происхождения и отмечается, что он «живет в другой реальности» и «имеет другой опыт». Пациент должен понимать, что его продолжают уважать, несмотря на то что у него иные взгляды на некоторые идеи и вещи. Врач выступает в данном случае как источник тепла и поддержки, так как некоторые переживания могут быть чрезвычайно болезненными и пугающими пациента (например, отсутствие чувств к своим детям или «страх умереть на улице»).

И наконец, основной вопрос, который обычно возникает у пациентов: «Что ждет их в будущем»? Больные способны усвоить, что одних успехов медицины недостаточно для длительного контроля над болезнью: КШ и ангиопластика восстанавливают кровоток в проблемном участке сосудов, этот эффект может быть очень коротким в случае продолжения прежнего образа жизни. Следует рассказать о разном течении ИБС, о том, что успех и стабильность зависят от совместных усилий пациента и врачей, что это большая кропотливая работа, требующая сил и постоянства от самих пациентов.

Важно поддерживать в пациенте самостоятельность (независимость), самодостаточность, сосредоточение на положительных моментах: «Ангинозная боль на самом деле сигнализирует о дефиците кровотока в участке сосуда и защищает организм от коронарных катастроф, так как, ощущая ее, человек прекращает нагрузку и/или принимает нитраты».

Для терапии тревожно-депрессивных расстройств можно использовать психотерапию и антидепрессанты. Если пациент не принимал антидепрессанты до госпитализации, их предпочтительно назначать уже после операции, так как антидепрессивный эффект появляется спустя 3—4 недели после начала приема. Кроме того, антидепрессанты могут взаимодействовать с наркозными средствами и провоцировать делириозную симптоматику в послеоперационном периоде. В случае, если пациент использовал антидепрессанты до операции коронарного шунтирования, их необходимо отменить за несколько дней до операции. Хотя антидепрессанты работают быстрее, наибольшим протективным эффектом в отношении стресса и тревожно-депрессивных расстройств обладают психотерапевтические техники.

Выводы. Описанные техники и подходы эффективны при подготовке пациентов с субклинической тревожно-депрессивной симптоматикой и невротическими расстройствами, могут облегчать переживания и у больных с аффективными расстройствами при подготовке к операции коронарного шунтирования. Отдельные элементы психотерапевтических методик (эмпатию, работу с негативными мыслями, образовательное направление, взаимодействие с семьей и информирование о психосоциальной поддержке) в своей повседневной работе могут использовать кардиологи и терапевты.

УРОВЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЙОНА ИХ ПРОЖИВАНИЯ

Левина И. Л.

**Сибирский государственный индустриальный университет
Новокузнецк, Россия**

Актуальность. Проблемы психического здоровья детско-подростковой популяции актуальны сегодня для многих стран, в том числе и России [1, 5]. Среди многочисленных факторов риска нарушений психического здоровья и причин развития пограничной нервно-психической патологии у детей особое место занимают экологические влияния и техногенная нагрузка на среду проживания. Единая технология сбора и обработки информации по психологическому состоянию и психическому развитию обучающихся в общеобразовательных учреждениях Новокузнецка, реализованная в АИС СГМ «Педагогический мониторинг», позволяют определить влияние на состояние психического здоровья подрастающего поколения различных факторов, в том числе и экологических [2, 3].

Новокузнецк – крупнейший промышленный центр Юга Западной Сибири, экономика города развивается в основном за счет металлургической и угольной отраслей промышленности. Наибольший удельный вес всей промышленности города (почти 80 %) приходится на обрабатывающие производства. Насыщенность города предприятиями металлургической и угольной промышленности делает Новокузнецк одним из наиболее экологически загрязненных индустриальных центров Сибири.

В городе имеется 6 районов, каждый из которых отличается характером и степенью техногенной нагрузки на окружающую среду, объемом выбросов в атмосферу и степенью их опасности для населения. Наибольший объем валовых выбросов в атмосферу отмечается в Заводском районе, на втором месте по этому показателю стоит Кузнецкий район, третье место занимает Орджоникидзевский; минимальный объем выбросов в среднем за год приходится на Новоильинский район. Но по степени экологической опасности на особом месте находятся два района – Кузнецкий и Орджоникидзевский. В Кузнецком районе на границе с Орджоникидзевским районом размещается Новокузнецкий алюминиевый завод, входящий в структуру Кузнецкого промузла, в санитарной зоне которого расположены жилые кварталы, детские сады и школы.

Из 6 районов относительно «молодыми» являются Новоильинский и Заводской, относительно более «старыми» – Кузнецкий и Орджоникидзевский. Центральный и Куйбышевский районы занимают промежуточное положение между другими районами как по «возрасту», так и по степени техногенной нагрузки.

Цель исследования: определить взаимосвязь индивидуального и популяционного психического здоровья детей и подростков с местом проживания в городе с интенсивной техногенной нагрузкой

Результаты и их обсуждение. Анализ данных мониторинга выявил устойчивые различия между показателями психологического состояния и психического развития обучающихся, проживающих в разных районах города [4, 5]. Поиск причин этих различий привел к идее объединить районы в три группы в зависимости от «возраста» района и уровня выбросов от промышленных узлов. В «благополучную» группу вошли относительно «молодые» Новоильинский (самый «чистый») и Заводской районы; «неблагополучную» группу составили относительно «старые» Кузнецкий (самый «грязный») и Орджоникидзевский районы, «промежуточную» группу – Центральный и Куйбышевский районы.

Для подтверждения гипотезы о связи уровня психического здоровья детей от условий проживания в определенном районе города были использованы t-критерий Стюдента и коэффициент Крамера. Коэффициент Крамера показывает степень связи между численными значениями факторов по районам проживания и вероятностью распределения индивидуумов, проживающих в различных районах, по различным показателям психического здоровья.

По психологическому критерию наибольшие различия получены по следующим показателям: интеллект, умственная работоспособность, самооценка и эмоциональная устойчивость. По этим факторам существенно распределение индивидуумов, проживающих в различных районах, по различным уровням градации фактора (по коэффициенту Крамера). Выявлено достоверно большее ($p < 0,001$; $t \geq 3,29$) число детей с низким уровнем интеллекта в Орджоникидзевском и Кузнецком районах города. Школьников с низким уровнем умственной работоспособности достоверно больше в Кузнецком и Орджоникидзевском районах по сравнению с относительно благополучными в этом плане Заводским и Центральным районами.

По критерию эффективности учебной деятельности изучаемая степень достоверности различий в распределении по градациям фактора установлена как слабая, т. е. существенных различий по данному критерию не выявлено (по коэффициенту Крамера).

В то же время у $12 \pm 1,26$ % школьников Орджоникидзевского района выявлено негативное отношение к учебной деятельности и нежелание учиться, тогда как в остальных районах таких детей зарегистрировано около 5 %. Больше всего детей с низким темпом учебной деятельности в Орджоникидзевском районе, немного меньше – в Кузнецком, при этом в данных районах меньше детей (менее трети от числа обследованных) с высоким темпом учебной деятельности, сформированными общеучебными и надпредметными умениями и навыками учебной деятельности. Более благополучная ситуация зафиксирована в Заводском, Новоильинском и Центральном районах, где около половины детей имеют высокие значения этих показателей и, соответственно, у них сформированные общеучебные, предметные и надпредметные (логические) умения и навыки.

По социально-психологическому критерию достоверность различий в распределении по градациям фактора установлена как умеренная (по критерию Крамера). Наибольшие различия в зависимости от места проживания получены по следующим показателям: негативизм, агрессивность и успешность социальных контактов обучающихся. Признаки психоэмоционального напряжения отсутствуют или ситуативно обусловлены у $68,8 \pm 1,05$ % школьников Центрального района, 62 % школьников Заводского и Новоильинского районов, $52,8 \pm 1,30$ % учащихся Кузнецкого района, тогда как в Орджоникидзевском районе таких детей выявлено только $32,8 \pm 1,82$ %. Причем каждый четвертый обучающийся в Орджоникидзевском районе испытывает постоянно выраженное, безотносительно к ситуации, психоэмоциональное напряжение.

По показателю «соматические нарушения» изучаемая степень достоверности различий в распределении по градациям фактора установлена как умеренная, т. е. по данному показателю существенно распределение индивидуумов, проживающих в различных районах, по различным уровням градации.

Выводы. Таким образом, гипотеза о том, что уровень психического здоровья детей и подростков в значительной степени определяется районом их проживания и, соответственно, экологической напряженностью места проживания, подтвердилась. О влиянии на психическое здоровье детей конкретных загрязняющих веществ речь пойдет в следующих публикациях.

Л и т е р а т у р а

1. Здоровьесберегающая инфраструктура в системе образования : учебное пособие / Э. М. Казин, Н. П. Абаскалова, Р. И. Айзман и др. / Э. М. Казин, Н. Э. Касаткина (отв. ред.). – М. : Издательство «Омега-Л», 2014.

2. Левина И. Л., Захаренков В. В., Груцак О. О., Олещенко А. М. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2014620141 «Мониторинг психологического здоровья школьников». Заявка № 2013621555 от 22.11.2013 г. Дата государственной регистрации в Реестре баз данных 17.01.2014 г. Дата публикации: 20.02.2014 г.
3. Левина И. Л., Захаренков В. В., Груцак О. О., Олещенко А. М. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2014611701 «Психологическое здоровье учащихся». Заявка № 2013661865 от 19.12.2013 г. Дата государственной регистрации в Реестре программ для ЭВМ 07.02.2014 г. Дата публикации: 20.03.2014 г.
4. Левина И. Л., Переходова Е. Б. АИС СГМ. Подсистема «Педагогический мониторинг». Блок «Психическое здоровье школьников». Принципы, структура и проблемы // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 6.
5. Левина И. Л. Психическое здоровье учащихся по данным социально-гигиенического мониторинга // Медицина в Кузбассе. – 2010. – № 2 (спецвыпуск).

НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лисняк М. А.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

В настоящее время отчетливо прослеживается тенденция к рассмотрению болезни не только с позиции биологического подхода, но и с учетом психосоциальных факторов. Такая модель носит название биопсихосоциальной, с этой точки зрения рассматриваются и соматические, и психические заболевания. Исходя из этой модели, смещается акцент с фармакотерапии на другие виды терапии, в частности речь идет о психотерапии и психокоррекции, психологической и социальной реабилитации. В системе избавления от хронических заболеваний все больше появляется различного рода реабилитационных мероприятий, в которых значительное место занимают именно психологические факторы.

Многие заболевания, относящиеся к сфере так называемой большой психиатрии, являются хроническими, и наиболее распространенным заболеванием из этой категории является шизофрения. Последние годы фармакотерапия шизофрении располагает внушительным арсеналом лекарственных препаратов, нормализующих психическую деятельность больного человека. Однако практика показывает, что одних лекарственных препаратов бывает недостаточно, и для улучшения качества жизни больных шизофренией требуются реабилитационные мероприятия психокоррекционного плана.

На сегодняшний день отсутствует единство мнений по поводу использования психологической реабилитации больных шизофренией. К реабилитационным методам воздействия относят: трудотерапию, профессиональную реабилитацию, тренинг социальных навыков, группы самопомощи, общественные организации родственников больных, вовлечение семей в поддерживающие группы или общественные организации, моделирование ситуаций, закрепление полученных навыков, вовлечение семей в поддерживающие группы или общественные организации, различные методы психотерапии и психокоррекции [6].

Отечественные и зарубежные авторы предлагают множество подходов к психотерапии больных шизофренией. Условно их можно разделить на две группы: 1) подходы, не затрагивающие личность больного, психокоррекция направлена на адаптацию пациентов к условиям жизни вне стационара; 2) подходы, ставящие целью глубокую личностную проработку, включая работу с симптомами; практически всегда основывается на разработанной в рамках подхода концепции причины шизофрении.

Первая группа широко представлена различными методами в рамках когнитивно-бихевиориального подхода, арттерапии. Данные методы воздействуют на различные мишени с целью личностно-социального восстановления пациентов. Они включают мероприятия, направленные на работу с мотивацией, тренинги нейрокогнитивных и социально-когнитивных функций. К методам арттерапии относят изотерапию, библиотерапию, фототерапию, танцевально-двигательную терапию и др. Основными мишенями арттерапии являются нарушения аффекта, аутизация, эмоционально-волевое снижение, конфликтные переживания, коммуникативные нарушения и др. [3]

Коррекция нейрокогнитивного дефицита осуществляется путем применения методик, основанных на двух подходах: компенсаторном и восстановительном. Компенсаторный подход ориентирован на развитие сохранных когнитивных процессов, которые должны замещать функции пораженных или играть роль «костылей». Восстановительный подход базируется на тренинге имеющихся дефицитов и включает применение поведенческих методик, направленных на тренинг когнитивных и социальных навыков [2].

Одной из популярных методик работы с больными шизофренией, относящейся к первому виду, являются различные лечебные программы, направленные на коррекцию нарушений социальных когнитивных функций. Такие подходы используют вмешательства по типу когнитивной ремедиации на обработку социальной информации и могут быть как узко, так и широко направленными.

Узко направленные подходы нацелены на улучшение одного из аспектов социальных когнитивных функций (эмоциональное восприятие). Например, тренинг формирования внимания обучает пациентов фокусировке на таких значимых областях лица, как глаза и рот, путем демонстрации креста в центре лица, выражающего эмоцию.

Широко направленные подходы могут улучшать социальные когнитивные функции сразу по нескольким параметрам либо нацелены также на улучшение нейрокогнитивных функций или дополнительно включать тренинг навыков социального поведения. Например, тренинг социальных когниций и взаимодействий включает тренинг эмоционального восприятия, социального проблемно-разрешающего поведения и генерирование точных приписываний для социальных ситуаций [5].

Описанные в литературе тренинги, относящиеся к первой группе, включают как групповые, так и индивидуальные формы, компьютеризированные методы. Наиболее распространенными из них являются когнитивный тренинг Hogarty, тренинг социальных когниций и взаимодействий, тренинг имитации эмоций и внутренней модели сознания другого, метакогнитивный тренинг и др.

Говоря о второй группе методик, ставящих целью глубокую личностную проработку, необходимо отметить, что наиболее распространенным подходом в работе с больными шизофренией является психоанализ. Исходя из концепции возникновения шизофрении, задачей психоаналитика является проецирование, переработка эмоций клиента, осуществляется укрепление границ «Я» [1].

Использование экзистенциальной психотерапии в работе с больными шизофренией позволяет воздействовать на социально-психологические механизмы патогенеза, значимые при данном заболевании [4].

Таким образом, исходя из краткого анализа существующих подходов к психологической коррекции и психотерапии, осуществляемых в условиях психиатрических стационаров, наиболее приемлемой формой мы считаем мероприятия, относящиеся к первой группе. Другое дело, что практически в каждом психиатрическом стационаре в нашей стране применяется свой набор реабилитационных мероприятий, основанный на индивидуальном предпочтении психолога или психотерапевта, в соответствии с уровнем его профессиональной подготовки. На страницах печати мы видим множество исследований, посвященных эффективности того или метода. Такое разнообразие обусловлено также недостаточной разработанностью критериев эффективности реабилитационных мероприятий.

Л и т е р а т у р а

1. *Балинт М.* Базисный дефект : Терапевтический аспект регрессии / пер. с англ. – М. : Когито-центр, 2002. – 256 с.
2. *Еричев А. Н., Моргунова А. М., Коцюбинский А. П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 45—49.
3. *Копытин А. И.* Психодиагностика в арттерапии. – СПб. : Речь, 2014. – 288 с.
4. *Логинова И. О., Березовская М. А.* Возможности экзистенциальной психотерапии в психологическом сопровождении больных // Психология обучения. – 2012. – № 2. – С. 111—118.
5. *Папсуев О. О., Мовина Л. Г., Миняйчева М. В., Фурсов Б. Б. и др.* Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 3. – С. 5—12.
6. *Христинин Д. Ф., Петров Д. С.* Лечебно-реабилитационный потенциал больных шизофренией и их семей // Журн. неврологии и психиатрии. – 2012. – № 5. – С. 70—76.

ОРИЕНТИРЫ В ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИСТЕРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Лукиянова Е. В., Лебедева В. Ф.

НИИ психического здоровья, Томск, Россия

Актуальность исследования. Сохранение психического здоровья женщин, вступивших в климактерический возраст, входит в круг актуальных проблем охраны психического здоровья населения Сибирского региона. Более того, актуальность подтверждается и возрастающим с каждым годом числом женщин с психоэмоциональными нарушениями в связи с климаксом и снижением «планки» его наступления. Комплексная терапия женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР, помимо психофармакотерапии по устранению или ослаблению психопатологической симптоматики, состоит из немедикаментозной и нейрометаболической терапии, коррекции климактерических нарушений; с целью общеукрепляющего действия – ЛФК, массаж, прогулки перед сном, контроль за массой тела.

Немедикаментозная терапия включает нормализацию режимов труда и отдыха; сна и бодрствования; физическую активность; психотерапевтическое и психологическое консультирование по оказанию поддержки и научению адекватному реагированию в кризисных (психогенных) ситуациях – в связи с наступлением климактерического возраста; обучение элементам релаксации и аутотренинга; физиотерапию.

Нейрометаболическая терапия в сочетании с активирующими и седативными растительными средствами оказывала ноотропное, адаптогенное, психостимулирующее, антиастеническое, седативное, транквилизирующее действие, способствуя в устранении серотонинового дефицита, улучшении кровоснабжения мозга в климактерическом возрасте.

Объект исследования. Основная группа – 93 пациентки с истерическими проявлениями в структуре НППР (средний возраст $51,49 \pm 4,13$ года), группа сравнения – 34 пациентки без истерических проявлений (средний возраст $51,44 \pm 5,0$ года). Пациентки обеих групп сопоставимы по возрасту (климактерический), нозологической структуре заболевания (НППР), социально-демографическим характеристиками.

Т а б л и ц а 1

Тип нейрометаболической терапии на этапе стационарного лечения у пациенток климактерического возраста с НППР

Класс лекарственных препаратов	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Ноотропы и актопротекторы (пантогам, пирацетам, ноотропил, аминалон, пирамам, танакан, фенибут, фенотропил) + Седативные средства растительного происхождения (валериана, валокормид, валоседан, калия бромид, корвалол, валокордин, новопассит, пассифлора, настойки пиона, пустырника)	64*	68,82	16	47,06
Ноотропы и актопротекторы (пантогам, пирацетам, ноотропил, аминалон, пирамам, танакан, фенибут, фенотропил) + Активирующие средства растительного происхождения (настойки аралии, женьшеня, заманихи, лимонника, экстракты левзеи, радиолы, элутерококка, пантокрин)	29*	31,18	18	52,94
Итого	93	100	34	100

Примечание. * – $p < 0,05$.

При проведении нейрометаболической терапии на этапе стационарного лечения у пациенток основной группы в сопоставлении с пациентками группы сравнения с достоверной значимостью чаще ($p < 0,05$) использовались ноотропы и актопротекторы (пантогам, пирацетам, ноотропил, аминалон, пирамам, танакан, фенибут, фенотропил) и седативные средства растительного происхождения (валериана, валокормид, валоседан, калия бромид, корвалол, валокордин, новопассит, пассифлора, настойки пиона, пустырника) (68,82 и 47,06 %) и с достоверной значимостью реже ($p < 0,001$) назначали ноотропы, актопротекторы в сочетании с активирующими растительными средствами (настойки аралии, женьшеня, заманихи, лимонника, экстракты левзеи, радиолы, элутерококка, пантокрин) (31,18 и 52,94 %). В 100 % случаев дополнительно назначали витаминные комплексы (стресс-стабс, стрес-стабс + железо, стрес-стабс + цинк, фитотранквелл, декамевит, глутамевит.

Снижение выраженности климактерических нарушений (нейровегетативных, метаболических, психоэмоциональных) предусматривало улучшение психоэмоционального состояния и уменьшение частоты приливов, что достигалось рекомендацией растительных препаратов (иноклим, эстровэл, феминал) с целью снижения дефицита эстрогенов, устранения дефицита витаминов, макро- и микроэлементов, а также для профилактики обменных нарушений, остеопороза, атеросклероза. При сохранявшихся климактерических нарушениях рекомендовано наблюдение гинеколога (заместительная гормонотерапия).

Пациенткам основной группы назначали вегетостабилизаторы, которые уменьшали приливы, эмоциональную лабильность, проявления тревоги. Беллатаминал 1—2 табл/сут в течение 1 месяца устранял нейровегетативные (приливы жара, похолодание рук и ног) и психоэмоциональные (раздражительность, усталость, переутомление, боли в голове, плохой сон, изменение сексуальной активности) нарушения благодаря седативному и успокаивающему действию. Ци-клим 2 табл/сут, феминал 1 капс/сут устраняли головную боль, возбудимость, апатию, перепады настроения. Гелариум 3 табл/сут повышал настроение, активность, психоэмоциональную устойчивость, нормализовал сон, аппетит и работоспособность. Климадинон 2 табл/сут, климактоплан 3 табл/сут снижали угнетенность, тревогу, раздражительность, улучшали сон. Лефем 2 табл/сут корригировал настроение, нарушения сна, снижал возбуждение и тревогу. Эпифамин 2 табл/сут повышал работоспособность, психоэмоциональное состояние, устранял бессонницу, головокружение, поддерживал деятельность эндокринной системы. Настойки валерианы 20—30 капель, пустырника 20—30 капель, микстура Кватера 1 ст. л., донормил 2 табл/сут, ново-пассит 3 табл/сут устраняли страх, беспокойство, возбудимость, усталость, рассеянность, расстройства сна. Ноотропы (глутаминовая кислота 3 г/сут, аминалон 3 г/сут, пираретам 100—150 мг/кг/сут, энцефабол 600 мг/сут, фенибут 50—100 мг/сут) снижали астенодепрессивные проявления, раздражительность и улучшали память; кавинтон 25—30 мг/сут, циннаризин 25—30 мг/сут, трентал 25—30 мг/сут улучшали процессы мозгового кровообращения (концентрацию внимания, память).

Определена этапность стационарно-амбулаторной терапии: 1) клинико-диагностический этап (клинико-психопатологический, клинико-динамический, экспериментально-психологический методы); 2) лечебные мероприятия в связи с острым течением НППР и фиксацией истерической симптоматики (нейрометаболическая, психофамако- и психотерапия); 3) превентивно-реабилитационный (амбулаторное сопровождение в период ремиссии по запросу).

На основном этапе острое течение непсихотических психических расстройств и выраженность истерических проявлений купировали адекватной медикаментозной ПФТ.

Т а б л и ц а 2

Тип базовой психофармакотерапии на этапе стационарного лечения у пациенток климактерического возраста с НППР

Класс психотропных лекарственных препаратов	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Антидепрессанты с седативным действием (леривон, азафен, тианептин) + Транквилизаторы: 1) анксиолитики (диазепам, сибазон, седуксен, реланиум, феназепам, алпразолам; 2) «дневные» (мезапам, мексидол, нозепам, тазепам, грандаксин)	60*	64,52	14	41,18
Антидепрессанты сбалансированного действия (анафранил, пароксетин, паксил, сертралин, золофт) + Транквилизаторы: 1) анксиолитики (диазепам, сибазон, седуксен, реланиум, феназепам алпразолам); 2) «дневные» (мезапам, мексидол, нозепам, тазепам)	27**	29,03	19	55,88
Антидепрессанты активирующего действия (имипрамин, мелипрамин, флуоксетин) + Нейролептики (неулептил, аминазин, этаперазин, эглонил, сонапакс, алимемазин, терален, перициазин)	6	6,45	1	2,94
Итого	93	100	34	100

Примечание. * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

Проводимая базовая психофармакотерапия на этапе стационарного лечения в 100 % случаев была сочетанной. При проведении базовой психофармакотерапии на этапе стационарного лечения у пациенток основной группы в сопоставлении с пациентками группы сравнения с достоверной значимостью чаще ($p < 0,05$) назначали антидепрессанты с седативным действием (леривон, азафен, тианептин) в сочетании с транквилизаторами анксиолитического действия (диазепам, сибазон, седуксен, реланиум, феназепам, алпразолам) или «дневными» транквилизаторами (мезапам, мексидол, нозепам, тазепам) (64,52 и 41,18 %) и с высоким уровнем достоверности различий ($p < 0,001$) реже назначали антидепрессанты сбалансированного действия (анафранил, пароксетин, сертралин), сочетанные с транквилизаторами-анксиолитиками и «дневными» транквилизаторами (29,03 и 55,88 %). Кроме того, выявлена тенденция к более редкому назначению (с незначительным превышением в основной группе) антидепрессантов активирующего действия (имипрамин, мелипрамин, флуоксетин) в сочетании с нейролептиками (неулептил, аминазин, этаперазин, эглонил, сонапакс, алимемазин, терален, перициазин) – 6,45 и 2,94 % ($p > 0,05$).

Суточные дозы лекарственных препаратов подбирались индивидуально, с учетом ведущей психопатологической симптоматики (НППР и истерические проявления), переносимости препаратов, сопутствующей психосоматической и соматической патологии. Препаратами выбора для купирования острой симптоматики непсихотической психической патологии во всех случаях были антидепрессанты (седативного, сбалансированного или активирующего действия) в сочетании с транквилизаторами или нейролептиками. Сочетанное использование психотропных препаратов разных групп и классов приводило к клиническому улучшению при резистентности к монотерапии.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ БОЛЬШОЙ СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК

Максимова И. В.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность проблемы. Во все времена злоупотребление алкоголем, зависимость от этанола и алкогольные психозы являются актуальной проблемой наркологии. Алкоголизм как сложный патологический процесс приводит к существенным экономическим, медико-социальным и духовным потерям. С алкоголем связаны около трети всех смертей в России, 50 % всех убийств, 40 % разбойных нападений, 35 % изнасилований. В последние годы отмечается рост количества алкогольных психозов и случаев синдрома отмены алкоголя с судорогами. Осложнения со стороны нервной системы, связанные со злоупотреблением алкоголя, известны давно. К особенностям действия этанола следует отнести поражение отделов нервной системы, а также значительное многообразие патогенетических механизмов, обуславливающих его токсическое действие. Алкоголь является наиболее часто встречаемым экзогенным токсином, вызывающим энцефалопатию.

Цель исследования. Изучить распространенность когнитивных расстройств у лиц с алкогольной зависимостью, перенесших большой судорожный припадок.

Задачи исследования. Исследовать возрастное распределение среди пациентов с алкогольной зависимостью с судорожным синдромом. Провести оценку когнитивных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью с алкогольными психозами с судорожным синдромом и синдромом отмены алкоголя с судорогами.

Материалы и методы. Проведено обследование 76 больных алкоголизмом II стадии, перенесших синдром отмены алкоголя с судорогами и алкогольный делирий с судорогами (F10.31, F10.41), средний возраст составил $41,9 \pm 11,2$ года (основная группа). В качестве контрольной группы обследовано 46 пациентов с алкогольной зависимостью II стадии, перенесших алкогольный делирий и синдром отмены алкоголя без судорог (F10.30, F10.40), средний возраст составил $44,5 \pm 12,7$ года.

Все обследованные находились на лечении в условиях стационара ККБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1» в 2014—2016 гг.

Проведено клиническое, клинко-психопатологическое, психологическое исследование. Для оценки когнитивных нарушений использовалась Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), результаты которой могут трактоваться следующим образом: 28–30 баллов – нет нарушений когнитивных функций; 24–27 баллов – предметные когнитивные нарушения; 20–23 балла – деменция легкой степени выраженности; 11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов – тяжелая деменция.

Обсуждение результатов. Распределение пациентов по возрастным группам представлено следующим образом: в возрасте 21—30 лет алкогольная зависимость с судорогами встречалась у 10 человек (13,2 %), без судорог – у 5 человек (10,8 %). В возрастной группе 31—40-летних пациентов перенесших большой судорожный припадок было 28 человек (36,8 %), без судорожного синдрома – 5 человек (37 %). В возрасте 41—50 зависимость от алкоголя с судорожным синдромом отмечалась у 19 пациентов (25 %), без судорог было 9 пациентов (19,6 %); в возрасте 51—60 судороги перенесли 14 пациентов (18,4 %), не имели судорог 11 пациентов (23,9 %). В возрастной группе старше 60 лет было 5 пациентов основной группы (6,6 %), без судорог было 4 пациента (8,7 %). Различия в распределении пациентов по возрасту не значимые, тем не менее очевидно, что в обеих группах большинство пациентов молодого возраста.

При анализе наследственности у пациентов с судорожным синдромом отягощенность отмечается в 77,6 % случаев (59 человек), в группе пациентов без судорожного синдрома наследственность отягощена у 20 человек (43,5 %) ($p < 0,001$).

Из перенесенных заболеваний особое внимание в анамнезе уделялось травмам головного мозга. Среди пациентов, перенесших судорожный припадок, данный признак присутствовал у 31 человека (40,8 %), без судорожного синдрома таких пациентов было 7 человек (15,2 %) ($p < 0,01$).

На основании проводимой оценки когнитивных нарушений по шкале MMSE в основной группе когнитивных нарушений не выявлено у 7 человек (9,2 %), предметные нарушения обнаружены у 48 человек (63,2 %), легкие когнитивные нарушения имели место у 19 человек (25 %), умеренные когнитивные нарушения отмечаются у 2 человек (2,6 %). В контрольной группе распределение по степени когнитивных нарушений представлено следующим образом: нарушения отсутствуют у 24 пациентов (52,2 %), предметные нарушения есть у 19 человек (41,3 %), когнитивные нарушения легкой степени встречаются у 3 пациентов (6,5 %) ($p < 0,001$).

Среди клинических особенностей деменции у лиц, перенесших алкогольный делирий с судорожным синдромом либо синдром отмены с судорожным синдромом, отмечены зрительно-пространственные расстройства, нарушение кратковременной памяти, способности к абстрагированию и планированию, замедление переключения между различными когнитивными процессами.

Заключение. Таким образом, у пациентов с алкогольной зависимостью, перенесших судорожный приступ, достоверно чаще отмечаются отягощенность наследственного анамнеза, травмы головного мозга, а когнитивные нарушения носят более выраженный характер, чем у пациентов с алкогольной зависимостью без судорожного синдрома. Следовательно, лечение когнитивных нарушений у пациентов с алкогольной зависимостью, перенесших судорожный приступ, представляет собой более сложную задачу. Основные направления включают прекращение приема алкоголя, назначение витаминов В₁, В₆ и никотиновой кислоты, нормализацию питания и использование препаратов, действующих на нейротрансмиттерные системы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ

Мартусенко А. В., Наджарьян А. И., Павленко Е. А.

ГБОУ ВПО Кубанский ГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

В данной работе рассматривается вопрос о возможности профилактики невротических расстройств у студентов Кубанского государственного медицинского университета на примере педиатрического факультета.

Цель: профилактика развития невротических расстройств у студентов КубГМУ педиатрического факультета с высоким уровнем успеваемости (как наиболее подверженных невротизации).

Задачи: 1) выявить распространённость тревожных расстройств у студентов педиатрического факультета, учащихся на «хорошо» и «отлично»; 2) провести профилактику тревожных расстройств у студентов, входящих в группу риска.

Материалы и методы. Исследование распространённости тревожных расстройств проводилось среди студентов педиатрического факультета с высоким уровнем успеваемости. Для работы было обследовано 50 студентов первого курса (средний возраст 18 лет, женщин – 36, мужчин – 14), 50 студентов второго курса (средний возраст 19 лет, женщин – 39, мужчин – 11), 50 студентов третьего курса (средний возраст 20 лет, женщин – 42, мужчин – 8), 50 студентов четвертого курса (средний возраст 21 год, женщин – 37, мужчин – 13), 50 студентов пятого курса (средний возраст 22 года, женщин – 41, мужчин – 9). Итого 250 человек, из них 195 женщин (78 %), 55 мужчин (22 %).

Студентам была предложена шкала тревоги Тейлора, состоящая из 50 утверждений, на которые в течение 15 минут нужно было ответить «да» или «нет». Результаты по шкале Тейлора: из 250 человек 4 человека набрали 40–50 баллов (очень высокий уровень) – 1,6 %; 14 человек набрали от 25–40 баллов (высокий уровень тревоги) – 5,6 %, 43 человека – 15–25 баллов – (средний с тенденцией к высокому уровню) – 17,2 %, 87 человек – 5–15 баллов – (средний с тенденцией к низкому уровню) – 34,8 %, 102 человека – 0–5 баллов, что свидетельствует о низком уровне тревоги – 40,8 %.

Для второго этапа была отобрана группа студентов, основным критерием включения в которую являлся балл по шкале тревоги выше 25. Ими оказались 1 студент второго курса, 8 студентов третьего курса, 3 студента четвертого курса и 6 студентов пятого курса, всего 18 человек.

Были произведены исследования, оценивающие проявления тревожных расстройств до и после психокоррекционных мероприятий. Работа проходила в три этапа.

На первом этапе оценивались проявления тревожных расстройств с помощью цветового теста Люшера и шкалы тревоги Гамильтона. Все испытуемые до прохождения профилактической беседы по шкале Гамильтона набрали от 18 до 24 баллов, что свидетельствовало о средней выраженности тревожных расстройств; по цветовому тесту Люшера разделение происходило следующим образом: низкий уровень тревоги – 4 человека, средний уровень тревоги – 11 человек, высокий уровень тревоги – 3 человека.

На втором этапе проводилась беседа о профилактике неврозов, использован клинико-психопатологический метод (интервью).

На третьем этапе, спустя неделю, проводилась оценка уровня тревоги цветовым тестом Люшера и шкалой тревоги Гамильтона.

Результаты и обсуждение. Все исследуемые после проведения профилактических мероприятий отмечали субъективное снижение тревоги. При обработке объективных данных получены следующие результаты: у 1 испытуемого по шкале Гамильтона определен средний уровень выраженности тревожных расстройств (19 баллов), у остальных исследуемых наблюдалась значительная редукция тревожных и невротических расстройств. По шкале Гамильтона они набрали не более 17 баллов, что говорит об отсутствии тревоги. По цветовому тесту Люшера после профилактических мероприятий выявлены следующие результаты: низкий уровень тревоги – 1 человек, ситуационная тревога наблюдалась у 2 человек из 18.

Выводы. Изменена распространенность тревожных расстройств у студентов педиатрического факультета с высоким уровнем успеваемости (по 50 человек с каждого курса): 1 второкурсник (2 %), 8 третьекурсников (16 %), 3 четверокурсника (6 %), 6 пятикурсников (12 %). Самый высокий уровень показали студенты третьего курса, самый низкий – студенты первого курса, что может быть обусловлено сложностью дисциплин и предстоящих экзаменов. В ходе исследования получены данные о значительной редукции у студентов невротических и тревожных расстройств. Результаты исследования могут послужить основой разработки программы комплексной профилактики невротических расстройств у студентов медицинского вуза, которая должна повышать устойчивость к психическому стрессу и включать возможности отреагирования отрицательных эмоций.

ГРУППОВЫЕ ТРЕНИНГИ КОГНИТИВНОЙ РЕМЕДИАЦИИ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Музафарова А. Ф., Семенова Н. Б., Щеглова Ю. Н.

**КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»
Красноярск, Россия**

Актуальность проблемы. Нейрокогнитивный дефицит считается «основным компонентом» при шизофрении еще со времен описания данного заболевания Э. Крепелиным [2]. Понятие «нейрокогнитивного дефицита» ввел в 1999 г. А. Брейер, назвав нарушение когнитивных функций «третьей ключевой группой симптомов» при шизофрении, наряду с позитивной и негативной симптоматикой [1].

В настоящее время известно, что у больных шизофренией наблюдаются нарушения таких когнитивных функций, как память, исполнительское функционирование, внимание, моторные навыки, пространственные функции [2].

Материал исследования. Нейрокогнитивный дефицит представляет собой основу для психокоррекционной работы с больными шизофренией. Поэтому на базе КГБУЗ ККПНД № 1 была разработана программа, включающая занятия, направленные на улучшение когнитивных функций. Программа нейрокогнитивной ремедиации является одним из перспективных направлений психосоциальной реабилитации.

Целью нейрокогнитивной ремедиации является восстановление или улучшение когнитивных функций за счет стимулирования обучения больных. Нейрокогнитивная ремедиация проводится в виде тренингов, в групповом формате. В ходе тренингов происходит активизация и синхронизация работы полушарий головного мозга, улучшение умственной работоспособности, повышение концентрации внимания и всех видов памяти; повышение адекватности мышления, улучшение исполнительных функций: программирования, регуляции и контроля действий.

Основными показаниями для проведения групповой нейрокогнитивной ремедиации является первый психотический эпизод, отсутствие выраженных эмоционально-волевых и личностных нарушений, наличие мотивации. Набор в группу нейрокогнитивной ремедиации осуществляется медицинским психологом, по направлению участкового врача-психиатра, после проведения экспериментально-психологического исследования, оценки состояния пациента, с учетом показаний и противопоказаний.

Тренинговые занятия нейрокогнитивной ремедиации проводятся с частотой 2 раза в неделю, продолжительность занятия 30—40 минут. Общее количество занятий варьирует от 8 до 10, допустимое число участников от 6 до 8. Занятие включают в себя двигательные упражнения, направленные на активизацию работы полушарий головного мозга, упражнения на тренировку памяти, внимания, адекватности мышления и упражнения на улучшение исполнительных функций (постановка цели, структурирование правил, исполнение поставленной задачи, удержание программы и достижение цели).

Обсуждение результатов. За прошедший период нами проведено три цикла групповых тренингов нейрокогнитивной ремедиации с пациентами, страдающими шизофренией, общее число участников составило 21 человек. В среднем каждый из пациентов принял участие в 5 занятиях.

В процессе занятий у пациентов отмечалась положительная динамика – они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на тренировку памяти, внимания, мышления. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение функционирования первичных базовых информационных процессов, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования [3]. В связи с этим появилась необходимость после проведения тренинга нейрокогнитивной ремедиации продолжить групповую работу в виде тренингов когнитивно-социальных навыков. Такой вид тренингов, в свою очередь, закрепляет полученные результаты и улучшает социальные навыки пациентов, помогает выстраивать причинно-следственные связи относительно себя и других.

Наряду с положительными моментами, которые наблюдаются у пациентов после групповой работы, мы столкнулись с определенными трудностями организационного характера, типичными для амбулаторной службы диспансера. Одна из них связана с масштабами большого города, удаленностью диспансера от места проживания пациента, что затрудняет его присутствие на тренинге. Кроме того, часть пациентов после выписки из стационара через какое-то время выходит на работу или учебу, что делает затруднительным посещение тренингов в рабочее время. Не стоит исключать и неустойчивость мотивации на позитивный настрой у данной группы больных, что также приводит к обрыву терапии. В совокупности эти факторы усиливают эффект «drop out» при проведении групповой работы с больными шизофренией на базе амбулаторного подразделения по сравнению со стационарными условиями.

Выводы. Таким образом, нейрокогнитивная ремедиация является одним из перспективных направлений в терапии когнитивного дефицита у больных шизофренией и должна стать неотъемлемой частью лечения и реабилитации больных в рамках биопсихосоциального подхода.

Л и т е р а т у р а

1. Дорофейкова М. В., Петрова Н. Н. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция // Современная терапия психических расстройств. – 2015. – № 1. – С. 2—9.
2. Зайцева Ю. С., Корсакова Н. К., Гурович И. Я. Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – № 4. – С. 76—82.
3. Лоскутова В. А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 4. – С. 92—104.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СКЛОННОСТИ К ОТКЛОНЯЮЩЕМУСЯ ПОВЕДЕНИЮ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Мыльникова Ю. А., Александрова В. А., Савенков А. А.

ГБОУ ВПО Кубанский ГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Актуальность исследования. Отклоняющееся поведение – это поступки, противоречащие принятым в обществе правовым или нравственным нормам [1]. Сложность этого феномена обусловлена многими причинами: *макросоциальными* – сложная социально-экономическая обстановка в стране, ослабление социальных институтов, призванных заниматься воспитанием детей, *микросоциальными* – патологические формы воспитания в семье, отсутствие стойких интересов, хобби, вовлечение подростка в асоциальные компании. Отклоняющееся поведение обычно закладывается в подростковом возрасте, именно в этот период происходит своеобразный переход от детства к взрослости. Наряду с психическими нарушениями наблюдаются различные формы нарушения поведения: повышение агрессивности, жестокость или неуверенность в себе, нарушение общения со сверстниками, снижение самооценки, склонность к аддиктивному и самоповреждающему поведению [2], которые сохраняются во взрослой жизни и мешают адаптации и нормальному социальному функционированию. Отклоняющееся поведение – одна из наиболее актуальных проблем, имеющих серьезное общественное значение.

Цель: изучение склонности к отклоняющемуся поведению у студентов двух вузов – КубГМУ и СибГМУ.

Задачи: 1) оценка склонности к отклоняющемуся поведению у студентов пятого курса лечебного факультета КубГМУ и СибГМУ; 2) сравнение показателей склонности к отклоняющемуся поведению у студентов-пятикурсников лечебных факультетов КубГМУ и СибГМУ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 студентов-пятикурсников лечебных факультетов КубГМУ и 30 студентов пятого курса СибГМУ. Испытуемые на момент проведения исследования находились в возрасте от 20 до 27 лет (средний возраст составил 22 года). Для диагностики различных форм агрессивного поведения применялся «Тест эмоций» (тест Басса-Дарки в модификации Г. В. Резапкиной). Для определения тяготения к девиантному поведению была использована методика СОП (определение склонности к отклоняющемуся поведению) [Орел А. Н., 2004].

Обработка полученных данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Анализ «Теста эмоций» показал, что в обеих группах ни по одной из шкал (физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение, негативизм, обидчивость, подозрительность, словесная агрессия), характеризующих формы проявления агрессии, не было выявлено превышения значений среднего уровня. Однако среди респондентов женского пола из КубГМУ был определен повышенный уровень раздражительности (3,4 балла), чего не наблюдалось среди остальных групп опрошенных.

С помощью методики «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» выявлены высокие показатели по шкале склонности к преодолению норм и правил у 36,6 % (11 человек) опрошенных из КубГМУ и у 50 % (15 человек) студентов СибГМУ. Примечательно, что результат опроса среди студенток-пятикурсниц СибГМУ (46,6 % – 7 человек) почти в 2 раза превысил данный показатель студенток КубГМУ (25 % – 4 человека).

Противоположные результаты обнаружены по шкале склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению. Высокие показатели выявлены у 30 % (9 человек) респондентов из КубГМУ и у 16,6 % (5 человек) студентов СибГМУ. При рассмотрении групп, выделенных по половому признаку, обнаружена значительная разница по данному критерию между студентами-пятикурсниками мужского пола из КубГМУ (35,7 % – 5 человек) и СибГМУ (13,3 % – 2 человека).

Анализ показателей по шкале высокого социального контроля, полученных путем интеграции результатов опроса по шкале установки на социальную желательность и шкале склонности к деликвентному поведению, выявил, что среди опрошенных студентов СибГМУ количество респондентов с высоким уровнем социального контроля примерно в 2 раза превышает количество таковых в КубГМУ (43,3 %; 13 человек и 23,3 %; 7 человек соответственно).

По шкале принятия женской социальной роли (только в опроснике для девушек) установлено, что адекватный уровень принятия женской социальной роли и возможность реализовывать как специфические женские, так и традиционные мужские поведенческие стереотипы наблюдается у большинства опрошенных студенток КубГМУ и СибГМУ: 68,8 % (11 человек) и 60 % (9 человек) соответственно. Категорическое неприятие женской социальной роли выявлено у респонденток КубГМУ и СибГМУ в 31,3 % (5 человек) и 26,6 % (4 человека) случаев.

По остальным шкалам (склонность к аддиктивному поведению; склонность к агрессии и насилию; волевой контроль и эмоциональные реакции) достоверной разницы между результатами опроса студентов вузов не выявлено.

Выводы. У студентов КубГМУ был определен уровень раздражительности выше среднего, чего не наблюдалось среди остальных групп опрошенных. Количество опрошенных студентов СибГМУ, проявляющих склонность к преодолению норм и правил, превышает количество таковых в КубГМУ. Это свидетельствует о более высокой выраженности неконформистских тенденций, проявлений негативизма. Студенты КубГМУ более склонны к самоповреждающему поведению, что в особенности касается респондентов мужского пола. Это говорит о склонности их к риску и выраженной потребности в острых ощущениях. Среди опрошенных студентов СибГМУ количество респондентов с высоким уровнем социального контроля почти в 2 раза превышает количество таковых в КубГМУ. Примерно у трети опрошенных студентов обоих вузов выявляется категорическое неприятие женской социальной роли, что свидетельствует о принятии мужской системы ценностей и об относительно высокой степени принятия собственной и чужой агрессии.

Л и т е р а т у р а

1. *Змановская Е. В.* Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): учебное пособие. – М. : Академия, 2003. – 288 с.
2. *Визель Т. Г., Сенкевич Л. В., Янышева В. А., Железнова А. К.* Девиантное поведение подростков: теории и эксперименты. – Тула : Факультет повышения квалификации Московского городского психолого-педагогического университета, 2007. – 341 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ШКОЛЬНУЮ УСПЕВАЕМОСТЬ

Наджарьян А. И., Елисеенко Н. А., Мартусенко А. В.

ГБУЗ «СКПБ № 1», Краснодар, Россия

Актуальность исследования. Высокая распространенность невротических расстройств является одной из актуальных социальных и медицинских проблем современного общества. В последние годы большое внимание уделяется состоянию психического здоровья молодого населения, в том числе школьников. Учебная нагрузка, отношения в коллективе являются одними из факторов, способствующих возникновению невротических расстройств у школьников. Своевременное выявление их позволит в дальнейшем определить основные направления лечебных и профилактических мероприятий. По данным медицинской статистики и результатам профилактических осмотров, нервно-психическими нарушениями страдают более половины учащихся массовых школ.

При этом низкий уровень психического здоровья школьников ограничивает возможности получения ими полноценного образования и грозит последующей социальной дезадаптацией. В группе психосоциальных причин невротических расстройств у детей особое значение отводится семейным факторам и «недостаткам педагогической среды». Последние годы актуальной в психологической науке становится проблема раннего выявления невротических расстройств как основа для их первичной профилактики и эффективной терапии.

Цель работы: оценить распространенность невротических расстройств у подростков и их влияние на общую успеваемость в школе.

Материалы и методы. Сплошным методом в 2015 г. было проведено анкетирование и психологическое обследование школьников 9—11-х классов средней общеобразовательной школы Краснодара. Всего в исследование были включены 89 учащихся в возрасте от 15 до 18 лет, из них 67,4 % девочек, 32,6 % мальчиков.

Общее количество отличников в данной выборке составляет 13 человек (14,6 % от числа всех испытуемых), на отлично и хорошо учатся 26,9 %, количество слабоуспевающих учащихся – 53,9 %, количество школьников, испытывающих трудности в учебе, – 4,6 % от числа всех испытуемых.

Распространенность невротических состояний у школьников определялась с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича. При помощи этого опросника определялись коэффициенты по 6 диагностическим шкалам. Сумма коэффициентов меньше «-1,28» указывает на болезненный характер выявляемых расстройств по отдельной шкале.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, определение частоты встречаемости признаков, группировку данных.

Результаты и обсуждение. По опроснику К. К. Яхина и Д. М. Менделевича болезненные изменения выявлены по ряду шкал. По шкале тревоги у 11,2 % учащихся, отличники составили 7,8 %. По шкале невротической депрессии – у 10,1 %, отличники составили 6,7 %. По шкале астении – 8,9 %, 5,6 % из опрошенных – слабоуспевающие школьники. По шкале истерического типа реагирования – у 15,7 %, 5,6 % составили учащиеся на отлично и хорошо. По шкале обсессивно-фобических нарушений – у 14,7 %, соотношение отличников и слабоуспевающих составило 1:1 (7,2 % и 7,5 % соответственно). По шкале вегетативных нарушений – у 19,8 %, отличники составили 12,4 % опрошенных.

При интерпретации полученных данных выявлены более высокие показатели распространенности невротических нарушений у обучающихся на отлично школьников 9—11-х классов средней общеобразовательной школы Краснодара почти по всем шкалам опросника Яхина–Менделевича. Кроме того, обнаружены заметно высокие показатели невротических расстройств среди школьниц-девочек в сравнении со школьниками-мальчиками.

Показано, что тревожные расстройства встречались у отличников в 76,9 % случаев, у отличников и хорошистов – в 75 % случаев, у слабоуспевающих учеников – в 39,6 %. Примечательно, что у неуспевающих школьников не встречалось вообще тревожных расстройств. По шкале невротической депрессии болезненные расстройства были выявлены у 61,5 % отличников и 41,6 % отличников и хорошистов. В то же время у слабоуспевающих и неуспевающих школьников не встречалось отклонений по шкале невротической депрессии. Болезненный характер выявляемых расстройств отмечался у 38,4 % отличников, у 37,5 % отличников и хорошистов, у 20,8 % слабоуспевающих, у 25 % неуспевающих учеников. Конверсионные нарушения обнаружены у 30,7 % отличников и 25 % отличников и хорошистов. У слабоуспевающих конверсии наблюдались в 22,9 % случаев, у неуспевающих учеников конверсионных расстройств не встречалось. Показатели по шкале обсессивно-фобических нарушений были следующие: отличники – 69,2 %, отличники и хорошисты – 83,3 %, слабоуспевающие учащиеся – 81,3 %, неуспевающие ученики – 75,0 %. Вегетативные нарушения были обнаружены у 92,3 % отличников, у 83,3 % отличников и хорошистов и у 54,2 % слабоуспевающих. Среди неуспевающих учеников вегетативных нарушений не встречалось.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о довольно высокой распространенности невротических расстройств среди отличников, а также среди отличников и хорошистов. При этом обсессивно-фобические нарушения значимо чаще встречаются у слабоуспевающих и неуспевающих школьников. Полученные результаты свидетельствуют как о необходимости психотерапевтической коррекции вышеуказанных нарушений, так и требуют осуществления профилактических мероприятий в школьной сфере с целью предупреждения возникновения невротических нарушений.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО-КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСУЖДЕННЫХ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ И КАННАБИНОИДОВ

Находкин Е. Г., Коробицина Т. В.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность проблемы. Употребление алкоголя, а отчасти и наркотических средств, становилось объектом научного изучения с позиций этиологической составляющей преступности еще на рубеже XIX – XX столетий [2]. Проблемы роста показателей потребления наркотиков, заболеваемости наркоманией, связанной с этим криминализацией в обществе России, несмотря на проводимую государством политику, на протяжении последнего десятилетия сохраняют свою актуальность, в определенном смысле «превосходя» традиционную для страны проблему алкоголизации населения. При общем сокращении количества зарегистрированных преступлений (на 18,8 %) не только сохраняется стабильно большим число лиц, осужденных за незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ, но и возрастает их удельный вес в общей численности осужденных – увеличение доли с 7,5 % (2004) до 15,9 % (2014) [1]). Причем одной из современных особенностей развития наркологической ситуации является накопление в популяции лиц с сочетанными формами психической и наркологической патологии [5]. В ряде исследований указывается на тесную взаимосвязь факторов, определяющих возникновение и развитие психических расстройств и синдрома зависимости [3, 4].

Материал и методы исследования. В ходе проведенного нами клинико-эпидемиологического исследования на базе мужской исправительной колонии № 16 (пос. Громадск, Красноярский край) были изучены клинико-психопатологические, социально-криминологические особенности мужчин, страдающих зависимостью от алкоголя и каннабиноидов. Методом сплошной выборки на протяжении 2013—2015 гг. было обследовано 1208 осужденных в возрасте от 18 до 65 лет, отбывавших наказание. Из них были выделены две группы исследования. Группа А включала 49 человек (средний возраст составил $35,54 \pm 2,39$ года), имеющих зависимость от алкоголя (F10). В группу В вошло 48 человек (средний возраст составил $23,47 \pm 3,21$ года) с зависимостью от каннабиноидов (F12).

В исследование включались лица, имевшие II стадию зависимости от соответствующего психоактивного вещества, давшие информированное добровольное согласие. Клиническое интервью с респондентом проводилось в два этапа: при поступлении осужденного в пенитенциарное учреждение (в условиях карантинного отделения) и через 10—14 дней на этапе вывода его в отряд.

При оценке возрастной представленности осужденных обращал на себя внимание разрыв более чем в 10-летний период между группами: средний возраст в группах А и В составлял 35,54 и 23,47 года соответственно ($p < 0,01$). Также определенную специфику имела как структура правонарушений, приведших к изоляции обследуемых от общества, так и динамика формирования зависимости от психоактивного вещества.

Обсуждение результатов. Более 3/4 осужденных (79,6 %) из группы зависимых от алкоголя были осуждены за преступления против личности (убийство, причинение тяжких телесных повреждений), сопряженные в подавляющем большинстве случаев (87,2 %) с имущественными (кража) посягательствами, совершёнными в состоянии алкогольного опьянения. В беседе с врачом многие осужденные сообщали о случайном стечении обстоятельств, приведших к совершению ими преступления: «спиртное затуманило рассудок», «не смог сдержаться», «хотел припугнуть». В то время как в группе В почти все обследуемые предполагали возможное осуждение за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков: «знал, что скоро закроют», «надеялся, что проскользну», «думал, что меня не возьмут в оборот», и при этом 95,8 % мужчин этой группы осуждены по соответствующей статье.

Среди представителей А группы 75,5 % человек имели стаж злоупотребления алкоголем 10 лет и более, 24,5 % – 7–9 лет. Из обследованных группы В отметили систематическое употребление каннабиноидов в течение более 10 лет 64,6 %, 35,4 % – признали стаж злоупотребления от 7 до 9 лет ($p < 0,05$). Возраст начала систематического употребления алкоголя и каннабиноидов в сравниваемых группах имел достоверные отличия: 25–27 лет в группе А, 13–15 лет в группе В ($p < 0,01$).

Коморбидные наркологическим психические и поведенческие расстройства достоверно чаще диагностировались у обследованных их группы А (83,7 %) при сравнении с группой В – 31,3 % ($p < 0,01$). В группе больных алкоголизмом осужденных наиболее часто (61 %) встречались расстройства, обусловленные органическим поражением головного мозга (F06, F07), умственная отсталость (F70) наблюдалась у 22 % обследованных, реже встречалось расстройство личности и поведения (F60) – в 17 % случаев.

В группе В достоверно меньшее число осужденных страдали органическим поражением головного мозга – 26,7 % ($p < 0,01$), преобладали лица с расстройством личности – 73,3 % ($p < 0,01$). Наличие умственной отсталости в группе зависимых от каннабиноидов не выявлено. Этиологическим фактором органического поражения головного мозга в обеих группах выступали многочисленные закрытые ЧМТ, полученные больными до осуждения, как правило, в драках, а также экзогенно-токсический фактор (в группе А в связи с употреблением суррогатов алкоголя). У лиц с органическим поражением головного мозга в обеих группах были отмечены расстройства депрессивного спектра: больные отмечали различной степени выраженности сниженное настроение, чувство тоски, безысходности, трудности засыпания с частыми ночными пробуждениями и ранним подъёмом.

Заключение. Полученные результаты диктуют необходимость выработки дифференцированных мероприятий медико-социального сопровождения, направленных на исправительное воздействие, с учётом не только личностных особенностей осуждённого, но наркологического заболевания, в том числе с коморбидной психической патологией.

Л и т е р а т у р а

1. Основные статистические показатели состояния судимости в России за 2003—2007 годы и 2008—2014 годы. – URL: <http://www.cdep.ru/index.php?id=79&item=2074>.
2. Федоров А. В. Первые криминологические исследования распространения наркотиков и наркомании // Наркоконтроль. – 2009. – № 1. – С. 26—28.
3. Кургак Д. И., Бохан Н. А. Клинико-динамические особенности наркомании, развившейся на фоне алкоголизма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 2 (45). – С. 46—49.
4. Medina-Mora M. E., Borges G., Villatoro J. The measurement of drinking patterns and consequences in Mexico // Journal of Substance Abuse. – 2000. – № 12. – P. 183—196.
5. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трефилова Л. Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 11—16.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Патрикеева О. Н.¹, Овчинников А. А.², Соловьева И. Г.²

¹ ГБУЗ НСО Новосибирский ОКНД, Новосибирск, Россия

² ГБОУ ВПО Новосибирский ГМУ, Новосибирск, Россия

Актуальность. Аффективные нарушения при наркотической зависимости, как и при алкогольной, практически обязательны для любых этапов ее формирования и присутствуют как в структуре патологического влечения к ПАВ, так и в состояниях отмены, в постабстинентный и ремиссионный периоды.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей аффективных нарушений у потребителей синтетических каннабиноидов (СК) со сформированной зависимостью в ранний постинтоксикационный и абстинентный периоды.

Материал и методы исследования. В исследование включены 63 пациента. В группу 1 вошло 29 пациентов психиатрического стационара в возрасте 18—30 лет, в том числе 25 мужчин и 4 женщины, перенесшие психотические состояния вследствие употребления курительных смесей. Из них 12 человек перенесли психоз впервые, 17 человек – повторно. В группу 2 вошли 34 пациента наркологического стационара, поступившие на лечение по поводу синдрома зависимости от СК. Обследование проводилось на вторые-третьи сутки госпитализации и в динамике – на 14—16-е сутки.

В работе использовали методы клинического интервью и психометрический скрининг (шкала Цунга, шкала Спилберга-Ханина, Торонтская шкала алекситимии, шкала диссоциации).

Среди пациентов обеих групп установлено преобладание аффективных расстройств тревожного спектра. Показатель ситуативной тревожности, объективизируемый по шкале Спилберга-Ханина, на 3—4-е сутки госпитализации у 34,5 % пациентов группы 1 соответствовал уровню тревоги средней степени, а у 65,5 % пациентов – высокому уровню. В динамике данный показатель продемонстрировал тенденцию к постепенному снижению ($p \leq 0,05$). Показатель ситуативной тревоги у 5,9 % респондентов группы 2 соответствовал низкому уровню, у 58,8 % пациентов – среднему уровню, а у 35,3 % – высокому уровню. При этом у пациентов группы 2 в динамике достоверного отличия в снижении уровня ситуативной тревожности не обнаружено.

В то же время обнаружено, что частота встречаемости депрессивных проявлений у обследованных пациентов как по экспериментально-психологическим показателям, так и по клинической картине постинтоксикационного периода оказалась низкой. Показатели депрессии, объективизируемые по шкале Цунга, на 3—4-й день госпитализации у пациентов находились в интервале, соответствующем отсутствию депрессии (у 86,2 % обследованных группы 1 и у 94,1 % пациентов группы 2) или умеренной депрессии (у 13,8 % и 5,9 % соответственно). Кроме того, практически не выявлялись клинически сниженный фон настроения, снижение физической активности, отсутствовали идеи самообвинения и уничижения, заниженная самооценка. В переживаниях также практически отсутствовали идеи, сопряженные с чувством вины.

Этот факт мы интерпретировали выраженным влиянием синтетических наркотиков на психопатологическую сферу в виде проявлений тревоги. В клинической картине у части пациентов определялись субдепрессивный фон настроения, дисфория, вызванные нахождением в условиях вынужденной изоляции, и невозможность реализации патологического влечения к ПАВ. Тем не менее к концу второй недели госпитализации исходно невысокий относительно нормативных показателей уровень депрессии достоверно снизился среди пациентов обеих групп.

Установлено значительное снижение у респондентов обеих групп показателя диссоциативной напряженности по шкале DES: с 11,4 (10÷20,4) до 10,4 (4,6÷17,5) ($p \leq 0,05$) у пациентов группы 1; с 9,6 (5,4÷21,4) до 7,1 (3,9÷17,9) ($p \leq 0,05$) у пациентов группы 2. Следует отметить, однако, что у некоторой части респондентов, напротив, произошло увеличение показателей по шкале DES либо зафиксирована стабильность данного показателя. На наш взгляд, это указывает на необходимость тщательного динамического наблюдения за пациентом, так как может свидетельствовать о перенесенном травматическом эмоционально дезорганизирующем опыте (стрессе), в роли которого выступают психопатологические нарушения в структуре психоза, или о возможном наличии латентного эндогенного процесса. Наличие высоких показателей по шкале DES среди пациентов наркологического стационара, обратившихся по поводу лечения синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов, показывает, что таким дезорганизирующим травматическим опытом могут являться и преходящие расстройства восприятия при острой интоксикации синтетическими каннабиноидами, описываемые пациентами.

Выявлена редукция показателей по шкале TASS: у пациентов группы 1 в пределах от 78 (74÷84) до 68 (60÷74) ($p \leq 0,05$), у пациентов группы 2 от 70 (62÷80) до 61 (55÷70) ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о транзитном характере алекситимии, проявляющейся во временном затруднении вербализации эмоций. Снижение уровня алекситимии происходило, вероятнее всего, за счет восстановления способности к рефлексии, а также за счет снижения уровня тревожности, так как алекситимические проявления могут быть обусловлены повышенной личностной тревожностью. Практическое значение зафиксированного снижения уровня алекситимии состоит в возможности повышения комплаентности между врачом и пациентом, так как наличие алекситимических характеристик больного является выраженным барьером для его установления.

При этом уровень алекситимии у пациентов группы 1 на вторые-третьи сутки госпитализации был достоверно выше, чем у пациентов группы 2 ($p \leq 0,05$). На 14—16-е сутки у больных с психозами также сохраняется тенденция к более высокому уровню алекситимии в сравнении с пациентами без психозов ($p < 0,07$).

Заключение. Проведенное исследование показывает, что нарушения в аффективной сфере у пациентов с синдромом зависимости вследствие употребления СК являются облигатными и характеризуются повышенным уровнем тревожности, диссоциативными нарушениями, повышенным алекситимическим радикалом на фоне умеренной выраженности депрессивных проявлений. Характерным отличием пациентов группы 1 является достоверно более высокий уровень алекситимии в сравнении с пациентами без психозов. Эмоциональные нарушения носят не только статический, но и динамический характер, что иллюстрирует ассоциированность психической и наркологической патологии. Выявленные высокие уровни алекситимии и диссоциации являются предикторами возможных психозов как экзогенного и эндогенного характера. Диагностика эмоциональных расстройств у данного контингента больных позволяет получить более целостную картину аффективного функционирования пациентов, способствует оптимизации фармакологической и психолого-психотерапевтической помощи с учетом специфических патопсихологических особенностей.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АУТИСТИЧЕСКИХ ЧЕРТ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Пичугина Ю. А.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность. В научных публикациях последнего времени заболевания с аутистическими расстройствами относят к мультифакторным. Общими для них являются невыясненная причина развития заболевания, высокая вероятность совокупного влияния генетических факторов и факторов внешней среды (нейротоксинов, социальной депривации, перинатальное повреждение, вирусная инфекция), склонность к хроническому течению. При этом считается доказанным, что для пациентов с хронически протекающими заболеваниями характерно наличие хронической фрустрирующей ситуации. Существует мнение, что аутистические нарушения могут носить защитный характер.

Целью нашей работы было найти различия в социально-психологических параметрах, характерных для хронической фрустрации, у пациентов с хронической неврологической патологией и разной степенью выраженности аутистических черт.

Материалы и методы. Были обследованы 18 человек в возрасте от 28 до 56 лет с отдаленными последствиями ЧМТ, ОНМК, дисциркуляторными энцефалопатиями сосудистого генеза. Оценка выраженности аутистических черт проводилась с помощью AQ-теста. Признаки хронической фрустрирующей ситуации выявлялись с помощью структурированного интервью и оценивались в баллах.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» StatSoft.

Результаты. Результаты оценки аутистических черт в группе пациентов с отдаленными последствиями ЧМТ, ОНМК, дисциркуляторными энцефалопатиями сосудистого генеза показали разброс данных для мужчин от 16 до 26 баллов (средний балл 20,8) и для женщин – от 14 до 29 баллов (средний балл 21,1). Уровень выраженности аутистических черт по AQ-тесту у пациентов с неврологической патологией оказался таким же высоким, как и у пациентов с шизофренией в нашем предыдущем исследовании. Так для мужчин с шизофренией средний балл составлял 19,2, для женщин с шизофренией – 23,7. В группе здоровых выраженность аутистических черт составила для мужчин – 14,3, для женщин – 15,5.

Анализ социально-психологических факторов риска у пациентов с хронической неврологической патологией показал, что 12 человек из 18 до школы не посещали ДДУ, 9 человек имели низкую успеваемость, 14 человек отказались от обучения по дополнительной программе, только 5 человек имели высшее образование. Сравнение параметров, характерных для условий воспитания в детстве пациентов и для реальных условий их жизни, показало, что 16 пациентов воспитывались в семьях с двумя и более детьми, в то время как у самих пациентов только у одного в семье было 2 детей, а у остальных по 1 ребенку или вообще не было детей. Только у 2 пациентов родители имели высшее образование, еще у 1 – начальное, 1 пациентка воспитывалась в интернате, о родителях сведений не имеет, у остальных 14 человек родители имели среднее образование, только в одной семье отмечена разница образовательного уровня родителей (у матери – высшее, у отца – среднее образование). В собственных семьях пациентов в 7 случаях обнаружены различия в образовательном уровне супругов. Указания на развод есть в родительских семьях 3 пациентов, в то время как у самих пациентов 6 человек указывают на развод и 2 вообще не имеют семьи.

Далее в баллах было определено количество признаков, указывающих на риск развития фрустрации для пациентов с показателями AQ-теста выше и ниже медианы (20,5 балла). Среди пациентов со слабо выраженными аутистическими чертами 6 из 9 имели по 1 баллу, 3 пациента – 2—3 балла. Среди пациентов с выраженными аутистическими чертами только 2 пациента имели по 1 баллу, остальные 7 пациентов – 2—4 балла.

Выводы. Таким образом, пациенты с хронически протекающими неврологическими расстройствами с детства имели сформированный высокий риск развития дезадаптации, который реализовался во взрослом состоянии развитием хронического заболевания в результате несовпадения социально-психологической ситуации, заложенной условиями воспитания и социально-психологической ситуации, в которой находится пациент после совершеннолетия. В этом случае ограничение социальных контактов, уход в себя, сопровождающийся высокими показателями AQ-теста, может носить защитный характер, а высокий уровень выраженности аутизма свидетельствовать о нахождении пациента в хронической фрустрирующей ситуации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Пичугина Ю. А., Березовская М. А.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность. На сегодняшний день у психиатров сложилось устойчивое мнение, что клиническая картина аутистических расстройств не имеет определенной нозологической принадлежности. Исследования, проводимые как зарубежными, так и отечественными психиатрами, показали, что кроме таких специфических клинически очерченных синдромов, как ранний детский аутизм Каннера, синдром Ретта и синдром Аспергера, аутистические нарушения могут быть проявлениями других заболеваний, в частности обусловленных хромосомной патологией (болезнь Дауна, фенилкетонурия, синдром Мартина-Белл), дисметаболических заболеваний и эндокринопатий, органических поражений (туберозный склероз). В настоящее время активно обсуждаются вопросы вариабельности клинической картины заболеваний аутистического спектра, роль скоро ранняя диагностика этих состояний во многом базируется на идентификации наиболее значимых (для разных стадий развития) клинических проявлений.

Целью данного исследования явилось выделение клинических особенностей аутистических расстройств различной этиологии у детей.

Материалы и методы. Объектом нашего исследования были 12 детей (8 мальчиков и 4 девочки) в возрасте от 3 до 14 лет, состоящих на диспансерном и консультативном учете в детском отделении Красноярского краевого психоневрологического диспансера. Из них 6 человек имели верифицированный диагноз раннего детского аутизма. Остальные 6 детей находились на стационарном лечении с психическими расстройствами различной этиологии и нуждались в дифференциальной диагностике с детским аутизмом.

Все обследуемые были разделены на две группы. Первую группу составили 8 детей с ранним детским аутизмом (РДА), синдромом Каннера и атипичным детским аутизмом, т. е. с аутистическими расстройствами неясной этиологии. Вторую группу составили 3 пациента, у которых аутистические состояния развились на фоне уточненных заболеваний (шизофрении, эпилепсии, умственной отсталости). Единственный в нашем исследовании случай аутистического расстройства у девочки-сироты был рассмотрен отдельно, как сопровождавшийся особыми условиями жизни и воспитания.

Клиническая оценка выраженности симптомов аутизма проводилась врачом-психиатром посредством клинико-психопатологического метода и клиническим психологом с помощью экспериментально-психологического и игрового методов. Клиническое обследование дополнялось данными, полученными анамнестическим методом и опросом родителей с помощью нестандартизированного полуструктурированного интервью.

У всех детей был выполнен анализ клинической картины аутистических расстройств на основе диагностических критериев МКБ-10 и рекомендаций по клинической диагностике аутизма.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования были выявлены определенные особенности в клинической картине аутистических расстройств различной этиологии.

Нарушения в сфере социального взаимодействия выявлялись у детей во всех исследуемых группах. Нарушения общения были ведущими в клинической картине аутистического расстройства и представлены наиболее полно.

Среди обследуемых детей одна пациентка с депривационной формой аутизма была способна использовать взгляд «глаза в глаза». Вероятнее всего, это связано с возрастом (на момент исследования пациентке исполнилось 14 лет).

У всех пациентов из первой группы отмечались речевые расстройства. Отсутствие или выраженная недостаточность коммуникативной функции речи проявлялись тем, что дети не реагировали на обращенную к ним речь, не отзывались на свое имя, не повторяли услышанные звуки, слова, у одного ребенка речь вообще отсутствовала. Все дети с РДА были обследованы сурдологом, так как производили впечатление глухих. Обращали на себя внимание монотонность их речи, отсутствие мелодичности и сопроводительной жестикуляции, излишняя быстрота или замедленность, неритмичность произношения, придумывание своих названий предметам вместо общеупотребимых или особенное использование слов. У 7 обследованных детей этой группы встречалось использование заученных, услышанных ранее фраз, отдельных слов (часто это были цитаты из фильмов или рекламы), с многократными повторениями с одинаковой интонацией. У одного ребенка этой группы речевые стереотипии не определялись на фоне отсутствия спонтанной речи. В тех случаях, когда речь была сформирована, отмечалось характерное для детского аутизма стойкое нежелание пользоваться речью и неспособность к диалогу.

Во второй группе обследуемых прослеживалась определенная вариабельность клинических признаков. Так, у пациента с процессуальным аутизмом речевые навыки были сформированы на достаточном уровне, но при этом у него и у пациента с аутизмом на фоне церебральной патологии не были выявлены речевые стереотипии. По этой группе признаков ошибка для доли составила 27,1 % и 27,2 %.

По отсутствию игровой деятельности и неспособности поддержать разговор статистических различий между группами не выявлено. Ошибка для доли по этим признакам составила 33,3 % и 57,1 %, что указывает на достаточно высокую возможность изменения данных при дальнейших исследованиях. Клинический анализ показал, что у детей-аутистов вообще отсутствовало подражание поведению окружающих, и, вероятно, как следствие, отсутствовали ролевые игры. Ребенку с процессуальным аутизмом развитию игровой деятельности мешали пассивность и безразличие к интересам и чувствам других детей. У пациентов с церебральной органической патологией и депривационным аутизмом возникали проблемы в связи с некомпетентностью в общении, высказывания не впопад, непонимание юмора. Все обследуемые дети были неспособны начать или поддержать разговор. Большинство пациентов на обращенную речь не откликнулись, на вопросы не отвечали. Ребенок с процессуальным аутизмом не заинтересовался беседой, а только отвечал на поставленные вопросы, сам инициативы к собеседнику не проявлял.

При проведении анализа клинических признаков нарушенного поведения нам удалось выявить различия между группами. В первой группе у всех 8 детей ($m=33,3\%$) были обнаружены признаки специфической активности в рамках ограниченных интересов, двигательные стереотипии и манипуляции с частями объектов. Наличие ритуальных действий мы проследили только у 5 детей-аутистов ($m=17,1\%$), что, по всей видимости, связано с возрастом пациентов и определенной незрелостью интеллекта. Считается, что присоединение обсессивных ритуалов характерно для детей более старшей возрастной группы и для случаев, не сопровождающихся умственной отсталостью. Во второй группе немотивированные страхи и ритуалы имели место только у пациента с процессуальным аутизмом. Дети с церебральной органической патологией и депривационным аутизмом данной клинической симптоматики не проявили ($m=27,2\%$). Манипуляции с частями объектов были отмечены у ребенка с умственной отсталостью с чертами аутизма, но двигательные стереотипии присутствовали у всех детей второй группы.

Заключение. Таким образом, проведенное нами наблюдение за детьми с аутистическими и парааутистическими состояниями, состоящих на диспансерном и консультативном учете в детском отделении Красноярского краевого психоневрологического диспансера, позволило выявить определенные особенности клинической картины в зависимости от этиологии расстройств. Клинические признаки, характеризующие необычные формы поведения, такие как специфическая активность в рамках ограниченных интересов и манипуляции с частями объектов, достоверно чаще встречаются в группе детей с ранним детским аутизмом, гораздо реже они имеются у детей с аутизмом на фоне заболеваний с уточненной этиологией или состояния сиротства. Нейропсихологическая дисфункция у детей с заболеваниями аутистического спектра проявляется доминирующими нарушениями речевой и игровой функций, преимущественно у детей с ранним детским аутизмом, для которых характерно выпадение, отсутствие речевых и игровых навыков. Тогда как для детей с аутизмом иного генеза характерно неправильное использование этих навыков. Нарушения социального взаимодействия в одинаковой степени дезорганизованы во всех исследуемых группах, вне зависимости от этиологии заболевания.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Попенко Н. В.

ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия

Актуальность. В. М. Бехтерев признавал, «что вопрос о жизни поставлен таким образом, что обыкновенными механическими условиями объяснить ее проявления нельзя». Человек обеспечивает устойчивость своего бытия, расширяя собственное жизненное пространство за счет динамики ценностно-смысловых измерений [1]. В ситуации тяжелого заболевания здоровье приобретает для человека значимую ценность, которая в настоящий момент недоступна [3]. Желание изменить ситуацию – это не что иное как вовлеченность. Быть вовлеченным, значит, в ситуации обладать значимостью для себя, защищать себя от боли и изменений. Жизнеизменяющие процессы – такая жизненная динамика, которая позволяет отвечать на вопросы жизни так, чтобы сделать жизнь аутентичной и более реализованной, исходя из возможностей человека [5].

В течение нескольких десятилетий сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной в структуре смертности, обуславливая 49 % от числа всех смертей и 30 % смертей лиц в возрасте моложе 65 лет [2].

Психологическая помощь в хирургической практике направлена на решение конкретных проблемных ситуаций, для активизации внутренних психологических ресурсов с учетом клинических, психофизиологических, социальных механизмов заболевания на разных его этапах.

Материал исследования. Нами разработана программа медико-психологического сопровождения для пациентов сосудистого отделения хирургического профиля, где в основе метода И. Г. Шульца «Аугментная тренировка» лежит воздействие на адаптационные возможности посредством внутренних психологических ресурсов пациента, что проявляется в повышении жизненного тонуса, способствует укреплению здоровья и улучшению самочувствия. При этом учитываются общепатологические положения: нарушение кровотока в пораженных органах и системах. Релаксационный метод Я. П. Гирича разработан с учетом психотравмирующих факторов, которые вызывают эмоциональные отклонения, вследствие чего возникает ряд психосоматических болезней. Краткосрочная позитивная психотерапия А. М. Ялова основана на позитивном подходе, т. е. на опоре на ресурсы.

Целью работы являлась оценка мобилизации имеющихся внутренних ресурсов пациентов на преодоление болезни.

Результаты исследования. В исследовании использована методика «Уровень соотношения ”ценности“ и ”доступности“ в различных жизненных сферах» Е. Б. Фанталовой. На основе полученных результатов проанализированы показатели ценностных предпочтений до и после проведения программы медико-психологического сопровождения. Показано, что внутренний конфликт, который был обнаружен в такой жизненной ценности, как «Здоровье», был представлен у пациентов в виде «ценности» и в то же время «недоступности» данного показателя. После оказания программы медико-психологического сопровождения у пациентов сосудистого отделения выявлена тенденция к сокращению разрыва между «ценностью» здоровья и его «доступностью», что может быть связано с осознанием значимости сохранения здоровья.

Также произошли изменения параметра «Красота природы и искусства», в отношении которого выявлен внутренний вакуум, что свидетельствует о его доступности для пациентов стационара хирургического профиля, но низкой значимости как ценности.

Выводы. Таким образом, изменения, произошедшие с пациентами с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (после реконструктивных операций) в ходе применения программы медико-психологического сопровождения с опорой на адаптационные возможности пациентов, свидетельствуют о том, что психологическая помощь является «пусковым механизмом» изменения определенных психических состояний, формирования позитивного отношения, способствует умению преодолевать недоверие к себе и определяет возможности оптимизации внутренних психологических ресурсов у пациентов.

Л и т е р а т у р а

1. *Бехтерев В. М.* Психика и жизнь // Избранные труды по психологии личности : в 2-х томах. – СПб. : Изд-во «Алетейя», 1999. – Т. 1. – 256 с.
2. *Гавриленко А. В., Скрялев С. И.* Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей. – М., 2005. – 176 с.
3. *Доманов О. А.* О некоторых особенностях тревоги в философии Хайдеггера // Вестник НГУ. Серия: Философия. – 2011. – Т. 9, вып. 2. – С. 142—147.
4. *Фанталова Е. Б.* Психометрическое исследование показателей методики «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» // Журнал практикующего психолога. – 2010. – № 17. – С. 175—201.
5. *Хайдеггер М.* Что такое метафизика. Введение // Время и бытие. – М. : Республика, 1993. – С. 22—28.

СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАН- НЫХ В МУЖСКОЕ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Порошин Ю. Г., Морозов А. А.

**ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1»
МЗ Краснодарского края, Краснодар, Россия**

Актуальность исследования. Расстройства психотического уровня и умственная отсталость являются ключевыми проблемами современной психиатрии в связи с их высокой распространенностью и инвалидизацией больных. В 2014 г. в нозологической структуре психических расстройств у населения Краснодарского края их доля составила 20,3 % (психотические расстройства) и 26,9 % (умственная отсталость). При этом наблюдается рост данного показателя у лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства в 2014 г. (20,9 % и 13,9 %) по сравнению с 2013 г. (19,1 % и 12,5 %), что отчасти обусловлено повышением доступности и качества медицинской помощи, а также улучшением диагностики и выявляемости больных с этими психическими расстройствами.

Цель работы – изучить клинико-психопатологические характеристики расстройств психотического уровня и умственной отсталости в рамках эндогенных и органических психических заболеваний у пациентов мужского общепсихиатрического отделения психиатрического стационара, а также вопросы их социальной реабилитации.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе мужского общепсихиатрического отделения ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края. В исследовательскую выборку включено 106 пациентов, проходивших обследование и лечение в общепсихиатрическом отделении. Клинико-диагностическая квалификация выявляемой психической патологии проводилась на основании рубрик МКБ-10 «Классификация психических и поведенческих расстройств».

Результаты и обсуждение. В группе пациентов мужского общепсихиатрического отделения психиатрического стационара были установлены следующие клинические диагнозы: сосудистая деменция (F01) – 5 человек (4,7 %), органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2) – 13 человек (12,3 %), органические расстройства настроения (аффективные) (F06.3) – 4 (3,8 %), органическое эмоцио-

нально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) – 2 (1,9 %), расстройство личности органической этиологии (F07.0) – 23 (21,7 %), параноидная шизофрения (F20.0) – 32 (30,2 %), простой тип шизофрении (F20.6) – 1 (0,9 %), шизотипическое расстройство (F21) – 2 (1,9 %), острые и преходящие психотические расстройства (F23) – 7 (6,6 %), шизоаффективные расстройства (F25) – 3 (2,8 %), биполярное аффективное расстройство (F31) – 2 (1,9 %), депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F32.3) – 2 (1,9 %), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F33.3) – 1 (0,9 %), умственная отсталость легкой степени (F70) – 8 (7,5 %), умственная отсталость умеренная (F71) – 1 (0,9 %).

Выявлено, что из исследуемой группы пациентов мужского общепсихиатрического отделения наиболее благоприятно социально адаптированными оказались 7 человек (6,6 %).

Изучено распределение по трудовой занятости: частным предпринимательством заняты 3 человека (42,9 %), был официально трудоустроен 1 человек (14,3 %), обучаются в вузах 3 человека (42,9 %). Инвалидизировано было 40 человек, из них инвалидов детства – 3 человека (7,5 %), инвалидов третьей группы – 4 человека (10 %), инвалидов второй группы – 32 человека (80 %), инвалидов первой группы – 1 (2,5 %). На момент исследования не трудоустроено и не инвалидизировано 59 человек (55,7 %).

Выводы. Результаты проведенного исследования позволили оценить нозологическую структуру расстройств психотического уровня и умственной отсталости в рамках эндогенных и органических психических заболеваний у пациентов мужского общепсихиатрического отделения психиатрического стационара. Несмотря на усилия краевых специалистов, в 2014 г. в отношении 55,7 % больных вопросы социальной реабилитации и трудоспособности остаются нерешенными. Современные подходы к диагностике и реабилитации данной категории больных требуют более тесного взаимодействия социальной и медицинской служб, а также преемственности в работе реабилитационных структур и подразделений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ ЧИСЛА ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ 0–17 ЛЕТ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2010 – 2014 ГГ.

Пронина Л. А.

**ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России
Москва, Россия**

Актуальность исследования. Ухудшение психического здоровья населения, и особенно подрастающего поколения, является актуальной проблемой современности. Одной из важных характеристик контингента психически больных является наличие в его составе детей-инвалидов. Эпидемиологические исследования последних лет о распространенности психических расстройств в Российской Федерации показывают устойчивую тенденцию к увеличению числа различных форм психических отклонений среди детей и подростков. Однако в отдельных федеральных округах показатели распространенности некоторых психических отклонений у детей и подростков разнятся от показателей в Российской Федерации.

Целью данной работы является демонстрация сравнительной характеристики числа детей-инвалидов 0—17 лет по психическому заболеванию в Российской Федерации (РФ) и Сибирском федеральном округе (СФО).

Материал и методы. Для анализа использованы статистические данные отчетной формы № 36 о контингенте детей-инвалидов, их диагностической структуре, показателях, характеризующих распространенность инвалидности у детей.

В 2014 г. в РФ число детей-инвалидов вследствие психического расстройства составило 127526 человек, или 449,7 на 100 тысяч человек детского населения соответствующего возраста и увеличилось с 2010 г. на 10333 человека (на 8,1 %). Вероятно, увеличение числа детей-инвалидов связано с повышением за этот период численности населения в возрасте 0—17 лет с 26,2 миллиона до 28,3 миллиона человек.

В Сибирском ФО в 2014 г. число детей-инвалидов вследствие психического расстройства составило 21966 человек, или 530,4 на 100 тысяч человек детского населения соответствующего возраста и увеличилось за пятилетний период на 1445 человек (на 6,6 %). Численность детского населения возросла с 2010 по 2014 г. с 3,8 миллиона до 4,1 миллиона детей в возрасте 0—17 лет.

В целом показатели инвалидности детей за анализируемые годы (2010—2014 гг.) то росли, то уменьшались. Так, в РФ в 2014 г. по сравнению с 2010 г. показатель инвалидности детей увеличился с 446,4 до 449,7 на 100 тысяч детского населения (на 0,7 %). Удельный вес детей-инвалидов в общем числе инвалидов по психическому заболеванию в 2010 г. составлял 11,4 %, а в 2014 г. увеличился до 12,1 %. То есть каждым восьмым в контингенте инвалидов является инвалид-ребенок. В Сибирском ФО в 2014 г. показатель инвалидности детей уменьшился с 531,8 до 530,4 на 100 тысяч детского населения (0,3 %). Удельный вес детей-инвалидов в СФО в общем числе инвалидов по психическому заболеванию в 2010 г. составлял 13,4 %, а в 2014 г. увеличился до 14,0 % (каждым седьмым в контингенте инвалидов является инвалид-ребенок).

Обнаружено, что в общем числе детей-инвалидов во все годы преобладали дети с умственной отсталостью, которые в РФ составили 81694 человека в 2010 г. и 84545 в 2014 г. (соответственно 69,7 % и 66,3 %), а в СФО в 2010 г. 15050 человек, а в 2014 г. 15738 человек (соответственно 73,7 % и 72,0 %).

Значительное число составили дети-инвалиды с непсихотическими формами психических расстройств: в РФ – 30500 (26,0 %) в 2010 г., 37794 человека (29,6 %) в 2014 г., в СФО – 4515 (22,1 %) в 2010 г., 5305 человек (24,3 %) в 2014 г.

В РФ доля больных шизофренией детей-инвалидов составила в общем числе детей-инвалидов в 2010 г. 4999 (4,3 %), а в 2014 г. – 5187 (4,1 %). Из них с диагнозом «хронические неорганические психозы, детские психозы» выявлено 7155 человек (6,9 % в числе всех детей-инвалидов) в 2010 г. и 12195 человек (9,6 %) в 2014 г. С диагнозом психических расстройств вследствие эпилепсии зарегистрировано 5821 человек (5,0 %) в 2010 г. и 5139 человек (4,0 %) в 2014 г.

В 2014 г. в РФ число детей-инвалидов по поводу детского аутизма составило 9755 человек (7,6 %).

В Сибирском ФО доля детей-инвалидов с шизофренией в общем реестре детской инвалидности в 2014 г. по сравнению с 2010 г. снизилась с 4,2 % до 3,8 % (с 856 до 823 человек).

Число детей-инвалидов по поводу хронических неорганических психозов, детских психозов имело динамику к увеличению и составило 963 человека (4,7 %) в 2010 г. и 1429 человек (6,5 %) в 2014 г. Число детей-инвалидов с психическими расстройствами вследствие эпилепсии, наоборот, уменьшилось с 885 в 2010 г. (4,3 %) до 705 человек в 2014 г. (3,2 %).

В СФО, так же как и в РФ, дети-инвалиды с аутизмом представлены в 2014 г. в большем числе – 1022 человека, или в 4,7 % случаев.

Число детей-инвалидов вследствие детских психозов в последние годы уже стало превышать число детей-инвалидов вследствие шизофрении как в РФ (12195 по сравнению с 5187, или больше на 7008 человек), так и в СФО (1427 по сравнению с 823, или больше на 604 человека).

Выводы. Анализ статистических данных о контингенте детей-инвалидов, их диагностической структуре, распространенности среди них инвалидности показал, что структура первично инвалидизированных детей по тем или иным группам расстройств несколько отличается от структуры всего контингента детей-инвалидов, но сугубо принципиальных различий не обнаружено.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Путкова А., Лисняк М. А.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность проблемы. На сегодняшний день суицид рассматривается большинством исследователей как ведущая причина смертей во всем мире, поэтому он является значительной общественной проблемой. Если верить официальной статистике самоубийств по России, то за последние 20 лет покончили жизнь самоубийством более 830 тысяч человек. Особое беспокойство вызывает факт, что почти половина россиян, которые уходят из жизни, наложив на себя руки, – это люди, не достигшие 30-летнего возраста. Данные мировой статистики также подтверждают пугающие масштабы ранних самоубийств – среди причин смерти молодых людей (в возрасте 15—29 лет) самоубийства занимают второе место [1].

Вышеприведенные цифры красноречиво свидетельствуют об острой необходимости разработки эффективных мер по профилактике суицидального поведения среди населения, для чего необходимо изучение суицидального поведения в контексте рассмотрения его различных факторов: социальных, психологических, биологических, культурных и др.

Гипотеза исследования. В авторском исследовании мы предположили, что лица, совершающие суицидальную попытку, имеют сниженную антиципационную состоятельность. Следовательно, обучение лиц, склонных к суицидальному поведению, способности прогнозировать события, другими словами, формирование антиципационной состоятельности, поможет в отдаленном будущем предотвратить реализацию антивитаальных тенденций.

В данном исследовании мы отталкивались от различных научных источников, заявлявших антиципационную несостоятельность как один из факторов, потенцирующих суицидальное поведение [2, 3, 4] и свидетельствующих о ее связи с девиантным поведением [5].

Материал и методы исследования. Эмпирическая часть работы проведена на выборке из 56 студентов факультета клинической психологии КрасГМУв возрасте 19–21 лет. В работе были отобраны и проведены следующие методики: 1) «СР-45», являющаяся авторской разработкой П. И. Юнацкевич и предназначенная для выявления склонности к суицидальным реакциям; 2) методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, представляющая собой психометрическую шкалу самооценки актуального уровня стресса в течение последнего года; 3) методика измерения уровня тревожности Дж. Тейлора, предназначенная для измерения проявлений тревожности.

Обсуждение результатов. На основе результатов, полученных с помощью вышеназванных методик, из респондентов была выделена группа лиц, отличающихся склонностью к суицидальному поведению. Группа включала 21 % от числа всех опрошенных, для которых характерны в совокупности достаточно высокие показатели по вышеописанным методикам, что позволяет предположить у них высокий риск суицидального поведения при определенных обстоятельствах. Для верификации результатов с данными студентами были проведены индивидуальные беседы.

Остальные испытуемые вошли в группу лиц без склонности к суицидальному поведению – 79 % респондентов. Все они отличались низкими показателями склонности к суицидальному риску, низким уровнем тревожности и обладали относительно высокой сопротивляемостью к стрессу.

Для выявления особенностей антиципационной состоятельности испытуемым обеих групп был предложен «Тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В. Д. Менделевича», предназначенный для выявления и оценки количественных показателей антиципационных способностей [6].

Полученные результаты в группе студентов с вероятностью реализации суицидального поведения показали, что 58 % испытуемых обладают высокой антиципационной состоятельностью, в то время как 42 % отличаются ее низкой степенью развития.

В группе студентов с отсутствием вероятности реализации антивитальных тенденций можно заметить, что 30 % исследуемых обладают недостаточной антиципационной состоятельностью, в то время как большинство опрошенных (70 %) обладают высокой прогностической компетентностью.

При сравнении значений данных показателей можно заметить некоторое преобладание антиципационной несостоятельности в случае склонности к суицидальному поведению, что предполагает наличие определенной зависимости уровня развитости антиципации от склонности к данному радикальному аутоагрессивному поведению.

Таким образом, полученные данные обосновывают актуальность проведения тренинга, направленного на коррекцию антиципационной несостоятельности у лиц с повышенными суицидальными тенденциями. Для этих целей была использована авторская методика В. Д. Менделевича – антиципационный тренинг [7], который был структурирован и систематизирован, а также дополнен информационным блоком.

В рамках тренинга поставлены следующие задачи: 1) формирование у студентов, отличающихся склонностью к суицидальному поведению, представлений о антиципационных способностях и умении прогнозирования; 2) обучение навыка нормовариантного типа прогнозирования, как свойственного гармоничной личности; 3) обучение рефлексивному типу мышления, здравомыслию и адаптивным формам реагирования.

Тренинги проводились в мини-группах, их продолжительность 1 час 20 минут. Следует также отметить, что время тренинга может варьировать в зависимости от степени вовлеченности участников.

Ход тренинга. Организационная подготовка к тренингу (5 минут).

Информационный блок (10 минут) – участников знакомят с понятием антиципации, антиципационных способностей и антиципационной состоятельности/несостоятельности, обращается внимание студентов на значимость прогностической компетентности в жизни человека.

Ознакомление с необходимыми принципами антиципационного тренинга (5 минут) – участников знакомят с необходимостью следования во время антиципационного тренинга таким принципам, как принципы отказа от претензий, отказа от однозначности, отказа от фатальности и принципу выработки стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».

Обсуждение и разбор жизненных событий с использованием в качестве инструментария теста фрустрационной толерантности Розенцвейга (30 минут) – включает в себя обсуждение и разбор разнообразных высоко актуальных жизненных событий. В качестве инструментария используются рисунки теста фрустрационной толерантности Розенцвейга, предлагавшиеся с целью совместной работы по поиску разнообразных решений фрустрирующих рисуночных ситуаций.

Самостоятельная работа студентов (25 минут) – студентам предлагается самостоятельная работа по разбору различных актуальных ситуаций на основе предъявленной схемы анализа ситуаций.

Подведение итогов (5 минут) – обсуждается, насколько тренинг повлиял на каждого участника в развитии его прогностических способностей, что позволило узнать нового, каким образом будут использоваться полученные сведения в дальнейшем. Участникам тренинга сообщают рекомендацию о необходимости самостоятельной оценки своих антиципационных способностей в различных ситуациях, анализа особенностей собственного прогнозирования в обычной жизни.

Выводы. Таким образом, вышеописанный тренинг, предполагающий собой и дальнейшую активную собственную работу участника с оценкой собственных прогностических способностей, с большой долей вероятности способен снизить антивитальные настроения его участников, тем самым предотвратив возможное суицидальное поведение. Безусловно, говоря о результативности тренинга, необходимо отметить, что проведение повторного исследования, направленного на проверку его эффективности, было бы слишком преждевременным в связи с относительной долговременностью формирования нужных результатов. Однако, ориентируясь на субъективную оценку участников, можно сделать предварительный вывод о его эффективности и необходимости дальнейшей работы в данном направлении.

Л и т е р а т у р а

1. Preventing suicide: a global imperative. – Geneva : World health organization, 2014.
2. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения : методические рекомендации. – М., 1980. – 24 с.
3. Мягер В. К. Профилактика суицидов при пограничных состояниях // Пограничные нервно-психические расстройства. – М., 1983. – С. 143—146.
4. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: автореф. дис. ... д.м.н. – Киев, 2004. – 32 с.
5. Горбатов С. В. Концепция собственного будущего как фактор регуляции поведения несовершеннолетних : автореф. дис. ... к.м.н. – СПб., 2000.
6. Менделевич В. Д. Тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) – экспериментально-психологическая методика для оценки готовности к невротическим расстройствам // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 35—40.

7. Менделевич В. Д. Психопрофилактика рецидивов невротических расстройств с использованием антиципационного тренинга // Психическое здоровье. – 2015. – № 3. – С. 64–67.

САМООТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Рассказова Н. В., Колкова С. М.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность проблемы. Современная система среднего и высшего образования приобретает характер личностно-ориентированного обучения, при котором личностное развитие, как качественное преобразование всех психических сфер, играет важную роль. Сегодня будущему медицинскому работнику как профессионалу недостаточно владеть только знаниями и умениями, он должен быть гибким и адаптивным, обладать такими качествами как толерантность, гибкость мышления, организаторские и лидерские качества, а главное, стремление к самообучению, самовоспитанию и саморазвитию, что позволит ему успешно реализовать свой потенциал в деятельности. Но в реальной жизни у студентов крайне редко происходит осознание необходимости саморазвития. Вместе с тем следует отметить, что именно отношение к самому себе (самоотношение) создает главные предпосылки для формирования саморегуляции, самоактуализации и саморазвития [2, 3].

Проблема формирования позитивного самоотношения в условиях, когда подросток имеет хроническое заболевание или синдром часто болеющего ребенка [1, 4] в условиях адаптации, наименее изучена, что придает ей особую актуальность и значимость.

Гипотеза исследования. Мы предположили, что наличие у студентов-подростков хронических соматических заболеваний или синдрома часто болеющих детей негативно влияет на уровень формирования позитивного самоотношения.

Материал и методы исследования. Для исследования была сформирована группа студентов фармацевтического колледжа КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, первокурсников, в возрасте 16 лет. В результате проведенного первого этапа исследования из 60 человек с помощью анкетирования были выбраны 36 человек для дальнейшего исследования, из них 18 человек вошли в основную группу, ещё 18 человек – в контрольную.

Для проведения исследования были использованы следующие методики.

- Анкета, разработанная для исследования наличия у студентов-подростков хронических соматических заболеваний или выявления лиц с синдромом часто болеющих детей, с целью определить состав основной и контрольной групп. В анкете 7 вопросов со свободной формой ответа.

- Тест-опросник самоотношения (В. В. Столин, С. Р. Пантелеев).

- Опросник А. И. Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни.

- Тест Дифференциальной Самооценки Функционального Состояния (САН).

Обсуждение результатов. В ходе проведения тестирования в группах были получены следующие результаты. По методике Исследования самоотношения В. В. Столина, С. Р. Пантелеева обнаружены наиболее низкие показатели в основной выборочной группе по шкалам «Самоуважение» – 46,4 %, «Ожидаемое отношение от других» – 36,74 %, «Самоуверенность» – 45,8 %, «Отношение других» – 35,05 %, «Самообвинение» – 49,05 %, «Самопонимание» – 47,2 %.

В ходе проведения такой же методики в контрольной группе, студенты которой не имеют хронических заболеваний или синдрома часто болеющего ребенка, полученные результаты находились в пределах нормативной границы. Наиболее низкие результаты получены по шкалам «Ожидаемое отношение от других» – 46,51 %, «Отношение других» – 47,9 %. Несмотря на то что эти показатели находятся ниже нормативной границы, в сравнении с показателями основной выборочной группы они являются более высокими.

Результаты по методике «САН» в основной выборочной группе выявили наиболее низкие показатели по шкалам «Активность» – 3,8 балла, «Самочувствие» – 4,5 балла. Данные результаты говорят о том, что у испытуемых проявляется тенденция к нарастанию усталости и соотношение между шкалами изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

По результатам заключительной методики «Изучение самооценки социальной значимости болезни» А. И. Сердюка были получены следующие результаты: снижен уровень по шкалам «Ограничение ощущения силы и энергии», «Ограничение удовольствий», «Ограничение свободного времени», «Материальный ущерб» – 2 балла.

Данные показатели помогают оценить влияние болезни на разные сферы социального статуса больных и определить направление работы в психотерапии и психокоррекции.

В нашей работе эти показатели помогут определить точки, которые следует включить в психопрофилактическую программу.

Выводы. Анализируя имеющиеся результаты, обнаружена подтвержденная связь: у студентов-подростков, имеющих хронические соматические заболевания или синдром часто болеющего ребенка, уровень самооотношения ниже, чем у здоровых студентов.

Л и т е р а т у р а

1. *Бройтгамм В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина : краткий учебник / пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка / предисловие В. Г. Остроглазова. – М. : ГЭОТАР Медицина, 1999.
2. *Кольшико А. М.* Психология самооотношения : учеб. пособие. – Гродно : ГрГУ, 2004.
3. *Пантйлеев С. Р.* Самоотношение // Психология самосознания. Хрестоматия. – Самара : БАХРАХ-М, 2000. – С. 208—242.
4. *Самсыгина Г. А.* Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии : электронный ресурс. – Режим доступа : http://medi.ru/doc/f42_biorarox_28.htm

ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Расторгуев А. Г., Кокорина Е. С., Задарновская Г. Л.

**ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1
Иркутск, Россия**

Актуальность. По данным ВОЗ (2015), во всем мире насчитывается 47,5 млн людей с деменцией, ежегодно регистрируется 7,7 млн новых случаев заболевания. В России проблема не менее актуальна. Так, по данным эпидемиологического популяционного исследования, проведенного сотрудниками отдела по изучению болезни Альцгеймера Научного центра психического здоровья РАМН, 4,5 % населения Москвы в возрасте 60 лет и старше страдают деменцией – болезнью Альцгеймера, причем в половине случаев впервые диагностировано заболевание уже в тяжелой стадии (Гаврилова С. И., Калын Я. Б., 2002).

Наиболее распространенной причиной деменции является болезнь Альцгеймера, на нее приходится более половины всех случаев, вторая по распространенности – смешанная деменция, где в патогенезе объединяются механизмы болезни Альцгеймера и сосудистой деменции, третья – собственно сосудистая деменция как исход прогрессирования цереброваскулярных заболеваний. Деменция – одна из основных причин инвалидности среди пожилых людей во всем мире; оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие на людей, осуществляющих уход, семью и общество. Адекватное и своевременное лечение деменций позднего возраста является актуальной медицинской проблемой современной геронтопсихиатрии.

Цель исследования: изучение причин госпитализации, особенностей клиники и терапии деменции в условиях отделения подострых состояний и острых психозов.

Материалы и методы. Обследовано 13 мужчин с деменцией, госпитализированных в мужское отделение подострых состояний и острых психозов № 2 ИОКПБ № 1 за 2015 г. Количественная доля пациентов с деменцией от числа всех госпитализированных в отделение в 2015 г. составила 2,4 %.

В соответствии с МКБ-10 пациенты распределились следующим образом: деменция при болезни Альцгеймера (F00) – 46,1 %; сосудистая деменция (F01) – 23,1 %, деменция сочетанного генеза (F02.8) – 30,8 %. По краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) получены результаты: 23,1 % мужчин с деменцией набрали 20—23 балла (деменция легкой степени); 61,5 % – 11—19 баллов (деменция умеренной выраженности); 15,4 % – до 10 баллов (тяжелая деменция).

Распределение пациентов с деменцией по возрасту показало, что большинство из них (61,5 %) были в возрасте 50—70 лет, 23,1 % – старше 70 лет, 15,4 % – не достигли 50 лет. Среди обследованных пациентов преобладали городские жители (76,9 %), 15,4 % – сельское население, у 1 пациента (7,7 %) не имелось постоянного места жительства. По уровню образования пациенты распределились следующим образом: неполное среднее – 15,4 %, среднее – 30,8 %, среднее специальное – 38,4 %, высшее – 15,4 %. В 38,5 % наблюдений пациенты имели собственную семью, 30,8 % мужчин с деменцией проживали с другими родственниками (мать, брат и другие), такое же число пациентов (30,8 %) были одиноки. Более половины пациентов (53,8 %) являлись инвалидами первой группы по психическому заболеванию, из них 28,6 % получили группу инвалидности ранее, а 71,4 % были освидетельствованы в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) впервые во время настоящей госпитализации, им была установлена первая группа инвалидности бессрочно. В 46,2 % случаев инвалидность в период госпитализации не была установлена из-за отсутствия необходимых документов для представления на МСЭ.

Всем пациентам проведено инструментальное обследование (эховентрикулометрия, электроэнцефалография). По результатам эховентрикулометрии у 30,8 % пациентов с деменцией отмечены патологические нарушения в виде расширения третьего желудочка, смещения структур, дополнительных сигналов. При электроэнцефалографическом исследовании пациентов выявлены изменения биоэлектрической активности головного мозга: умеренные – 30,8 %, выраженные – 69,2 %.

Результаты исследования. Для 9 больных (69,2 %) данная госпитализация в психиатрический стационар являлась первичной. В большинстве случаев (76,9 %) причиной госпитализации пациентов в психиатрический стационар являлась психотическая симптоматика и нарушения поведения, отмечалась бредовая симптоматика – бред нарушения идентификации, ущерба, преследования, ревности. Наряду с бредовыми, галлюцинаторные нарушения регистрировались в 38,5 % случаев, были представлены преимущественно слуховыми обманами восприятия. У всех больных отмечались расстройства поведения, пациенты были подозрительными, конфликтными и обидчивыми.

В 23,1 % наблюдений причиной госпитализации в психиатрический стационар считалось беспомощное состояние пациента с неспособностью самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности. У пациентов имелись грубые нарушения ориентировки, эпизоды спутанного сознания, нелепое поведение, возрастающие трудности в общении, невозможность выполнения даже элементарных навыков самообслуживания. Преимущественно это были пациенты с тяжелой и умеренной степенью тяжести деменций, утратившие социальные контакты. У данной группы пациентов в период госпитализации требовалось решение диагностических и экспертных вопросов, коррекция соматических и неврологических нарушений.

Все пациенты с деменцией получали комплексную терапию психофармакотерапевтическими средствами в сочетании с коррекцией этиопатогенетических факторов (прежде всего артериальной гипертензии). Среди психофармакологических препаратов все пациенты получали антагонист NMDA-рецепторов мемантин в дозе до 20 мг/сутки; нейрометаболические средства (аминофенилмасляная кислота, глицин, кортексин, этилметилгидроксипиридинасукцинат, цитофлавин), в 60 % – парентеральную витаминотерапию (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбиновая и никотиновая кислота). При наличии психотической симптоматики больным назначалась терапия атипичными антипсихотиками (кветиапин, рисперидон). Таким образом, в большинстве случаев (76,9 %) в психиатрический стационар пациенты госпитализировались с умеренной и тяжелой степенью тяжести деменции. Причинами госпитализаций явились психотические и поведенческие нарушения, беспомощное состояние пациентов, необходимость решения диагностических и экспертных вопросов, подбор терапии.

Заключение. Своевременная диагностика и терапия деменций современными психофармакологическими средствами в сочетании с проведением социально-реабилитационных мероприятий позволяют сократить количество госпитализаций в психиатрический стационар.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ПЕРВЕРСИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ПАРТНЕРСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ИНТИМНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЕ

Рябова А. Д.

НИ ТГУ, Томск, Россия

Сексуальные перверсии, наносящие вред человеку, зачастую латентны, в связи с чем возникает проблема их обнаружения, коррекции и лечения. Сексуальная разрядка при парафилиях достигается лишь при соблюдении определенных схем поведения (ритуалов, действий). Парафильное поведение одного из партнеров влечет за собой изменение личности, поведенческих стратегий, разрушение автономии, а иногда и деструкцию психики другого партнера.

При изучении сексуальных перверсий в психологии уделяется колоссальное внимание проблемам, напрямую отражающимся на жизни общества. Под этот критерий подходят фетишизм, трансвестизм, вуайеризм, эксгибиционизм, садомазохизм и педофилия. Разумеется, что такие отклонения наносят большой ущерб обществу и человеку лично [3]. Множество преступлений, совершенных людьми с психосексуальными перверсиями, остаются безнаказанными, так как в семейных, так же как и в романтических отношениях, есть вероятность совершения акта насилия. Это обусловлено тем, что многие индивиды не желают огласки своих интимных предпочтений и не афишируют это. Большинство жертв актов насилия не придают им огласки, испытывают чувство стыда и страха за свою честь и достоинство [1]. Такая позиция пострадавших делает сексуальную преступность латентной, что в свою очередь ограничивает возможность предоставления квалифицированной психологической, медицинской и юридической помощи. Таким образом, тема агрессивных сексуальных расстройств является актуальной в современном мире [1].

В статье исследуются возможные влияния поведения лица с парафилией на личность партнера и изменения его личности.

Под сексуальными перверсиями понимается отклоняющееся поведение, обусловленное рядом факторов: навязчивое желание реализовать определенные формы сексуальной активности; наслаждение, преимущественно, доставляется выполнением определенных действий сексуального характера, а не зависит от близости с партнером; преобладание клишированного поведения перед сексуальным актом и во время него (может проявляться в наличии определенных ритуалов, действий и т. д.) [2, 5].

Поведение считается перверсионным тогда и только тогда, когда сексуальное удовлетворение и сексуальная разрядка достигаются исключительно при соблюдении факторов, характерных для перверсий и никак иначе [2]. В основе такой перверсии, как садомазохизм, лежат нарушения восприятия объекта сексуально влечения, что отражается на потребности в доведении сексуального объекта до определенного эмоционального состояния, или подавление его [6], а также деперсонализация, раскрывающаяся в обезличивании сексуального объекта и игнорировании личностных морально-этических установок.

Для садомазохистов свойственно ритуализировать свои действия [5]. Порой это может выглядеть как театральная постановка или игра, в которой партнер играет роль исключительно для того, чтобы садомазохист удостоверился в собственном «Я» и удовлетворил свои мастурбационные фантазии. Такая своеобразная игра скрывает под собой более сложное деструктивное поведение, такое как разрушение автономии партнера [4]. Повторение однотипных действий (ритуалов) может быть выражением защитной сексуализации. Сексуализация связывается с защитной функцией как потребность в удовлетворении нарциссизма и враждебной агрессии. Сексуализация может служить смиряющим фактором деструктивности: человек во время такой возбуждающей игры заставляет себя поверить в то, что для партнера это тоже желанно [4].

Отношения с девиантом вносят свои коррективы в ценностную сферу партнера, таким образом, при изучении подобных отношений речь пойдет о патологической взаимосвязи и взаимозависимости. Влияние парафильного поведения одного партнера сказывается на другом как подавляющее – в одном случае или как ставящее в доминирующее положение – в другом [6]. Для такой перверсии, как садомазохизм, характерно распределение ролей между партнерами, возможны три комбинации, влияющие на дальнейшую структуру построения отношений: 1) М – доминантный, Ж – рецессивный (сабмиссив); 2) М – рецессивный, Ж – доминантный; 3) М/Ж взаимозаменяющие роли.

В ситуации, когда один партнер садомазохист, а другой лишь принимает его парафилию, роли распределяются/присваиваются парафиликом. В случае предпочтения парафиликом доминантного положения в отношениях он требует от партнера рецессивного (сабмиссивного) положения, т. е. парафилик – садист, партнер – мазохист [6]. Обратная ситуация наблюдается при смене предпочтений на полярные.

В зависимости от степени парафилии меняется и степень контроля партнера [3]. На примере садомазохизма такой контроль может начинаться с сексуальной сферы жизни, далее бытовой уровень, далее со-

циальная (профессиональная) жизнь. Доминирующий партнер (садист) может подчинять себе партнера лишь в постели – это легкая форма развития перверсии, но его подавляющее поведение может распространяться и на ограничение круга общения партнера, навязывание определенных форм поведения в социуме, запреты на некоторые формы деятельности и т. д., это определяется уже как более тяжелая форма развития перверсии [3]. Подобное поведение доминирующего партнера может негативно сказываться на личности другого партнера. Возможно развитие комплексов, неуверенности в себе, патологической зависимости от партнера, замена своих потребностей потребностями другого, подавление воли и пр.

В случае выбора парафиликом для себя рецессивной роли (мазохизма) роль доминанта (садиста) навязывается партнеру. В такой ситуации от партнера требуется, возможно, не свойственная для него твердость, жесткость, влияние, авторитарность. В соответствии с выдвинутыми требованиями к поведению будут меняться и личностные характеристики: общительность – необщительность, сдержанность – экспрессивность, жесткость – чувствительность, адекватная самооценка – неадекватная самооценка, робость – смелость и др.

При садомазохизме парафилик сочетает в себе садистские и мазохистские наклонности, вследствие этого возможно изменение предпочитаемой роли на противоположную [6]. В такой ситуации партнеру парафилика приходится подстраиваться под разные, требуемые от него роли. При таком развитии событий на первый план выходят приспособительные стратегии поведения. От быстрого эмоционального и поведенческого переключения зависит реализация мастурбационных фантазий и достижение сексуальной разрядки парафиликом.

Такое влияние на здорового человека можно расценивать как психическую травму, которая, в свою очередь, послужит патогенным фактором для психогенных нарушений психики. Вариации психологических проявлений агрессивного сексуального поведения оставляют след не только на психике парафилика, но и на психике партнера [3]. Постоянная потребность в подстроении личных поведенческих стратегий под партнера-парафилика, предпочтительное удовлетворение мастурбационных фантазий парафилика, а не себя, изменение личностных характеристик и разрушение личной автономии является для психики достаточно сложной формой деятельности, приводящей к деструкции.

Л и т е р а т у р а

1. Авдеенок Л. Н., Френевская И. А. Психокоррекционная работа с женщинами по устранению выявленных ложных воспоминаний, связанных с семейным насилием (клинический случай) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – Вып. 1. – С. 63—65.

2. *Доморацкий В. А.* Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. – М. : Академический проект, 2009. – 470 с.
3. *Каменков М. Ю.* Механизмы формирования и динамики фиксированных форм аномального сексуального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2008. – Вып. 1. – С. 38—46.
4. *Коэн С.* Садомазохистское возбуждение : расстройство характера и перверсия // Журн. практической психологии и психоанализа. – 2004. – № 4. – С. 34.
5. *Марин А. Ю.* Невроз и перверсия в зеркале ритуала // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – Вып. 1.
6. *Фрейд З.* Психоанализ и теория сексуальности. – СПб. : Алетей, 2000. – 216 с.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У СТУДЕНТОВ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ФРУСТРИРОВАННОСТИ

Сацук Д. В., Колкова С. М.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность исследования. Если первый год обучения в высшем учебном заведении исследователи связывают с адаптацией к новым условиям, коллективу, то второй год обучения связан, прежде всего, с накоплением событий, вызывающих у многих студентов состояние длительной фрустрации. Состояние неудовлетворённости внешним окружением создаёт ситуацию хронического стресса и провоцирует различные психосоматические реакции. Социальную фрустрированность можно рассматривать как специфический комплекс переживаний и отношений личности, возникающий в ответ на действие фрустрирующих факторов [1]. Весьма вероятно, что длительное дестабилизирующее действие социально-фрустрирующих факторов формирует напряженность адаптивных механизмов и парциальную дезадаптацию (предболезнь), а при малоэффективной психологической защите и отсутствии социальной поддержки – тотальную психическую дезадаптацию (болезнь) и, как следствие, снижение КЖ. Такая схема развития психической дезадаптации приложима к любой форме патологии, поскольку речь идет о роли психосоциальных факторов в формировании внутренней картины болезни и оценке ее прогноза [3]. Уровень неудовлетворённости человека своим ближайшим социальным окружением влияет на возникновение различных психосоматических симптомов [2].

Исследуем для последующей организации коррекции социальную фрустрированность.

Материал исследования. Исследование проведено в Красноярском государственном медицинском университете на кафедре клинической психологии и психотерапии с курсом ПО. Участвовали 29 студентов-второкурсников.

Методы. Изучение социальной фрустрированности проводили с помощью методики «Уровень социальной фрустрированности» Л. И. Вассермана, Б. В. Иовлева и М. А. Беребина». Оценивается условно «абсолютная» степень выраженности «удовлетворенности – неудовлетворенности» в сфере отдельно рассматриваемого отношения вне общего контекста опросника.

Выделяются 5 основных направлений по 4 позиции в каждом: 1) удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими (с женой, мужем, родителями, детьми); 2) удовлетворенность ближайшим социальным окружением (друзьями, коллегами, начальством, противоположным полом); 3) удовлетворенность своим социальным статусом (образованием, уровнем профессиональной подготовки, сферой профессиональной деятельности, работой в целом); 4) удовлетворенность социально-экономическим положением (материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, проведением свободного времени и отдыха, своим положением в обществе).

Исследование психосоматических жалоб проводилось с помощью Гиссенского опросника (Гиссенский опросник психосоматических жалоб. Перевод и адаптация В. А. Абабков, С. М. Бабин, Г. Л. Исурина и др. М., 1993). Результаты можно использовать двумя способами. Первый способ предполагает анализ симптомов и частоты их проявления у испытуемых. Второй способ – подсчёт результатов по основным шкалам: «Истощение» – характеризует неспецифический фактор истощения, который указывает на общую потерю жизненной энергии и потребность пациента в помощи; «Желудочные жалобы» – отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий (эпигастральный синдром); «Ревматический фактор» – выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер; «Сердечные жалобы» – указывает, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере; «Давление жалоб» – характеризует общую интенсивность жалоб, «ипохондричность» не в традиционном понимании этого термина, а с точки зрения психосоматического подхода.

Обсуждение результатов. На основании проведённого исследования получены следующие результаты. Выявлено полное отсутствие социальной фрустрированности (высокий уровень удовлетворённости) у 6 студентов-второкурсников (20 %).

Социальная фрустрированность не декларируется (скорее удовлетворён) у 8 студентов-второкурсников (27 %). Неопределённая оценка отмечалась у 4 студентов-второкурсников (13 %). Умеренный уровень социальной фрустрированности (неудовлетворённости) зафиксирован у 1 студента (3 %). Высокая социальная фрустрированность выявлена более чем у трети студентов (11 человек – 37 %). Далее исследовали психосоматические жалобы 11 испытуемых, у которых подтвердилось наличие социальной фрустрированности. Чтобы исключить соматический характер жалоб, проведен опрос испытуемых на предмет наличия хронических заболеваний. У 9 студентов-второкурсников жалобы относились к шкале «истощение», из них 2 имели желудочные и ревматические жалобы; к шкале «желудочные жалобы» – у 4 респондентов; к шкале «ревматический фактор» – у 2 студентов.

Выводы. Полученные результаты доказывают взаимосвязь исследованных показателей и необходимость психологической помощи студентам, испытывающим проблемы социальной фрустрации. На что и будет направлен следующий этап психокоррекционной работы.

Л и т е р а т у р а

1. *Левитов Н. Д.* Фрустрация как один из видов психических состояний // Вопросы психологии. – 1967. – № 6.
2. *Малкина-Пых И. Г.* Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
3. *Вассерман Л. И.* Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение. – СПб.: Типография СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2004. – 29 с.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕНИНГОВ КОГНИТИВНОЙ РЕМЕДИАЦИИ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА

Семенова Н. Б., Вайгель Ю. С., Дубровская О. А.

**КГБУЗ Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
Красноярск, Россия**

Актуальность. В последние годы в соответствии с современными тенденциями научного поиска причин эндогенных заболеваний исследуются нарушения нейрокогнитивных процессов как одна из причин шизофрении. Итогом многолетних исследований стала парадигма «нейрокогнитивного дефицита», предложенная в конце XX в., позволившая расценивать данный вид нарушений как «третью ключевую группу симптомов» шизофрении, наряду с позитивными и негативными клиническими симптомами.

В настоящее время считается доказанным, что у большинства больных шизофренией определяются расстройства когнитивной сферы. По данным ряда авторов, нейрокогнитивный дефицит наблюдается у 94 % пациентов, появляется на ранних стадиях заболевания и сохраняется в состоянии ремиссии [4]. Нейрокогнитивный дефицит является важным и ведущим расстройством, в значительной степени определяющим социальный и терапевтический прогноз заболевания, нередко приводящий к трудовой и социальной дезадаптации больных. По мере роста осознания функционального значения нейрокогнитивных нарушений при шизофрении стал возрастать интерес к их коррекции. Одним из перспективных направлений коррекции когнитивного дефицита является тренинг нейрокогнитивной ремедиации, направленный на коррекцию познавательных функций, таких как память, внимание, исполнительные функции.

Материал исследования. Тренинг нейрокогнитивной ремедиации внедрен на базе стационара круглосуточного пребывания Красноярского краевого психоневрологического диспансера с 2014 г. Программа для тренинга нейрокогнитивной ремедиации разработана медицинскими психологами диспансера, с учетом дефицитарной симптоматики когнитивной сферы у пациентов с эндогенными заболеваниями и включает в себя набор методик, улучшающих показатели нейрокогнитивного профиля.

Нейрокогнитивный тренинг проводится в групповом формате, количество участников в группе не превышает 10 человек. Групповые занятия проводятся 2 раза в неделю, продолжительностью по 45 минут, группа открытая, непрерывно действующая. Полный курс тренинга составляет 10 занятий. Набор пациентов в группу осуществляется медицинским психологом, по согласованию с лечащим врачом, после обязательного проведения экспериментально-психологического исследования, в ходе которого определяются особенности нарушения познавательных функций, оцениваются реабилитационный потенциал пациента, мотивационный компонент и сохранность эмоционально-личностной сферы. При отсутствии противопоказаний психолог определяет направления психокоррекции и подбирает конкретные методики. Далее пациент включается в реабилитационную программу нейрокогнитивной ремедиации.

Обсуждение результатов. За истекший период в программе нейрокогнитивной ремедиации приняли участие 289 пациентов, из них 189 женщин и 100 мужчин. Средний возраст пациентов составил 27,5±8,0 года.

У обследованных пациентов среди нарушенных когнитивных функций чаще всего отмечался дефицит внимания и восприятия, разных видов памяти (рабочей, вербальной), мышления или исполнительских функций и проблемно-решающего поведения. Наиболее выраженными и частыми являлись нарушения вербальной и пространственной памяти, слухового и зрительного гнозиса, недостаток устойчивости и избирательности внимания, сниженный контроль мыслительной деятельности, ее организации. Ориентируясь на выявленные нарушения, в программу тренинга были включены нейропсихологические методики (батарея нейрокогнитивных тестов А. Р. Лурия), а также методики и упражнения, направленные на тренировку памяти, внимания, мышления, развитие пространственных представлений, координации движений, формирование регуляторных и исполнительных функций (постановка цели, структурирование правил, исполнение поставленной задачи, удержание программы и достижение цели).

Занятия с пациентами проводятся по заданной схеме, четко структурированы и начинаются с представления участников группы, разъяснений значимости нейрокогнитивной ремедиации для улучшения познавательных процессов, кратко обсуждаются правила группы (конфиденциальность, добровольность, активность, безоценочность, комфорт). Следующим этапом идут упражнения, которые начинаются с двигательной разминки, направленной на активацию и синхронизацию работы полушарий головного мозга. Затем подключаются упражнения, направленные на улучшение умственной работоспособности и тренировку разных нейрокогнитивных функций. В конце занятия проводится краткое подведение итогов в виде обратной связи.

У 80 % пациентов, прошедших полный курс нейрокогнитивной ремедиации, отмечалась положительная динамика показателей нейрокогнитивного профиля. Это проявлялось в увеличении темпа умственной работоспособности, улучшении концентрации и устойчивости внимания, увеличении объема оперативной, рабочей памяти, повышении адекватности мышления, улучшении функций программирования, регуляции и контроля психической деятельности, а также улучшении эмоционального состояния и повышении мотивационной направленности. У 20 % пациентов отследить результативность психокоррекционной работы не представилось возможным из-за обрыва терапии вследствие окончания срока госпитализации и выписки из стационара.

Выводы. Полученный опыт проведения тренинга нейрокогнитивной ремедиации показал высокую результативность, что, по нашему мнению, является одним из перспективных направлений в психокоррекции нейрокогнитивного дефицита у пациентов с эндогенными забо-

леваниями. Кроме стабилизации и улучшения познавательных процессов, наблюдается восстановление коммуникативных способностей, повышается самооценка, улучшается эмоциональное состояние (при этом «напрямую» не воздействуя на эмоциональную сферу), что в целом повышает социальную адаптацию больных. Тренинг нейрокогнитивной ремедиации хорошо сочетается с другими психосоциальными методами терапии.

Л и т е р а т у р а

1. *Зайцева Ю. С., Корсакова Н. К., Гурович И. Я.* Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 4.
2. *Пансеев О. О., Мовина Л. Г., Миняйчева М. В., Фурсов Б. Б., Зайцева Ю. С., Голланд Э. В.* Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 3.
3. *Гуревич Г. Л., Рычкова О. В.* Нейропсихологическая коррекция когнитивных нарушений как часть психотерапии при шизофрении // Неврологический вестник – 2012. – Т. XLIV, вып. 1.
4. *Софронов А. Г., Стикина А. А., Савельев А. П.* Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 1.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПСИХОЛОГА

Сенченко Г. В., Ефимова Е. А., Парубцова Т. С.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Специфика любого вида профессиональной деятельности такова, что со временем она меняет структуру личности работника как субъекта этой деятельности. Изменения эти, с одной стороны, имеют положительный характер, когда происходит усиление и интенсивное развитие качеств, способствующих успешности в деятельности, а с другой – негативный характер, проявляющийся в изменении, подавлении, разрушении отдельных компонентов структуры личности [1]. Первоначально профессиональная деформация рассматривалась авторами как комплексное проявление изменения каких-то личностных черт, особенностей. Позже предпринимались попытки изучения отдельных последствий влияния труда на личность работника, а также рассмотрение особенностей профессиональной деформации представителей отдельных профессий [8].

Ныне профессиональная деформация рассматривается как «деструкции, возникающие в процессе выполнения одной и той же профессиональной деятельности, негативно влияющие на ее продуктивность, порождающие профессионально нежелательные качества и изменяющие профессиональное поведение человека» [4]. Поэтому необходимо учитывать, что профессиональные деформации могут проявляться как в рабочей, так и вне рабочей сфере.

Характер деформации именно в рабочей сфере характеризуется следующими изменениями: 1) угасает творческий потенциал работника. Сотрудник действует без учета личностных особенностей участников совместной деятельности и других факторов, без осмысления специфики приемов работы в различных трудовых ситуациях; 2) при рутинном исполнении профессиональных действий или операций существенные изменения претерпевают цели и мотивы деятельности. Цель деятельности размывается либо, в крайнем случае, теряет свое самостоятельное значение. Происходит замена цели деятельности на цель действия или операции, важным становится лишь совершение определенных действий [5].

Р. М. Грановская связывает профессиональную деформацию с выработкой и закреплением стереотипных действий, которые неблагоприятно влияют на выполнение работы и на поведение в быту, и считает, что осуществление «профессиональной роли, особенно если она лично значима для человека и выполняется им продолжительное время, оказывает значительное влияние на такие элементы структуры его личности, как установки, ценностные ориентации, мотивы деятельности, отношение к другим людям» [3].

В обозначении причин появления профессиональных деформаций подчеркивается роль чрезмерного и хронического напряжения на работника. Одной из главных причин, приводящих к профессиональной деформации личности, выступает несоответствие между профессионально-организационными требованиями и личностными ресурсами работника [2].

Что касается профессиональной деформации психологов, психотерапевтов, то, по мнению Г. С. Абрамовой, она выступает как «обезличивание клиента», ролевая маска во взаимодействии с ним и негативные моральные оценки клиента. Психолог, психотерапевт ориентируется во взаимодействии с клиентом не на его живую жизнь, а на свою терапию, которой он пользуется для упорядочивания своего опыта. Так же профессиональная деформация откладывает отпечаток и на самой личности психолога, психотерапевта [6].

Примерами последствий профессиональной деформации психолога, психотерапевта являются: 1) объяснение жизненных неурядиц только психологическими причинами – гиперинтерпретации, т. е. чрезмерное придавание значения психологическому фактору в объяснении самых разнообразных событий; 2) обездвигивающее, лишшающее спонтанности самонаблюдение, т. е. постоянное «отслеживание» за собой своего поведения, своей речи, мыслей, эмоции с целью самодиагностики, «своевременной самокоррекции»; 3) гнет профессиональных навыков и обязанностей. Простым примером может послужить фраза клиентов, часто передающих ответственность за себя и свою жизнь на специалиста: «Ты психолог – ты должен...»; 4) «комплекс сапожника без сапог». У психологов и психотерапевтов работа над собой поставлена во главу угла самообразования. На официальном уровне это проявляется как «обязательное прохождение личной терапии», на персональном – в виде индивидуальных требований к себе типа: «У меня все должно быть хорошо. Я должен уметь справляться с конфликтами и неприятными эмоциями. Иначе какой же я тогда психолог, какое имею право консультировать других людей»; 5) профессиональный цинизм, т. е. развитие способности к «невовлечению» в их переживание, а точнее – способность отстраненно к ним относиться. Такой взгляд со стороны освобождает эти ситуации от эмоционального груза и позволяет выполнять с ними разные манипуляции, например, помещать их в другой контекст, наполнять другим эмоциональным.

Профилактика профессиональной деформации как психологов и психотерапевтов, так и работников других сфер профессиональной жизни должна строиться в нескольких направлениях: изменение условий труда – это косвенное воздействие на профессиональную деформацию; осознание, осмысление психологом происходящего с ним, перестройка себя, своей профессиональной деятельности, отношений – т. е. непосредственное воздействие на деформированные черты; погружение психолога на ограниченное время в благоприятную среду с целью регуляции его психического состояния, улучшения настроения, выстраивания новых отношений с коллегами [7].

Л и т е р а т у р а

1. *Бозаджиев В. Л.* Профессиональная деформация личности психолога // Международный журнал экспериментального образования. – 2011. – № 3. – С. 68—70.
2. *Водопьянова Н. Е.* Психодиагностика стресса. – СПб. : Питер, 2009.
3. *Грановская Р. М.* Элементы практической психологии. – СПб. : Речь, 2010. – 560 с.
4. *Зеер Э. Ф.* Психология профессий. – Екатеринбург : Деловая книга, 2003. – 336 с.
5. *Куртина О. А., Корецкая И. А.* Деформация в профессиональной деятельности // Ученые записки ОГУ. Серия: Гуманитарные и социальные науки. – 2014. – № 4. – С. 347—349.

6. *Мирзоева И. А.* Преодоление профессиональной деформации специалистов-женщин, ориентированных на работу с людьми // Известия ТулГУ. Гуманитарные науки. – 2012. – № 1—2. – С. 116—123.
7. *Прокопцева Н. В.* Профилактика профессиональной деформации педагога // Высшее образование в России. – 2010. – № 2. – С. 152—156.
8. *Прыткова Е. П.* Психологические аспекты изучения профессиональной деформации личности практических психологов // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2010. – № 11—1. – С. 219—222.

НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ СТУДЕНТОВ В АСПЕКТЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

Стоянова И. Я., Шухлова Ю. А.

НИИ психического здоровья, Томск, Россия

НИ Томский государственный университет, Томск, Россия

Вступление молодых людей в новую образовательную среду после окончания школы связано с процессом их психологического отделения от семьи и началом самостоятельной жизни. Личностные изменения, характеризующие их взросление, проявляются в самостоятельности выборов обучения, межличностных контактов, места проживания, что не всегда согласуется с представлениями родителей. Исследователи отмечают, что изменения структуры семьи, обусловленные взрослением детей, нередко вызывают у членов семьи острые переживания [3].

В российской культуре отсутствуют четкие традиции, знаменующие приобретение молодым человеком нового жизненного статуса и требующие от родителей изменения отношения к нему. При этом молодые люди часто остаются финансово и эмоционально зависимыми от родителей.

Спектр родительских проблем, связанных с психологическим отделением взрослых детей, достаточно широк. Это особенности семейной системы (семейные мифы, сценарии, роли), а также взаимодействие с детьми, включая воспитательские технологии. Нередко в случае ухода детей из родительской семьи, переезда на другое место жительства супруги оказываются перед необходимостью пересмотреть свои отношения. Если прежде они полностью фокусировались на ребенке (или детях), то может так случиться, что у них не останется общих оснований для продолжения совместной жизни. Данный кризис может переживаться не единожды, в зависимости от состава семьи и с различной степенью интенсивности.

В некоторых семьях проблемы, связанные с отделением детей, достигают максимальной остроты, когда самый старший ребенок покидает дом, в других – обстановка ухудшается по мере того, как уходят все более младшие дети, и особенно остро переживается психологический уход последнего ребенка.

Психическое напряжение родителей определяется тем, что ребенок выполняет в семье чаще всего гомеостатическую функцию, выступая в качестве посредника в родительском общении либо в качестве объекта их совместной любви и заботы. И в том, и в другом случаях этот ребенок служит для объединения супружеской подсистемы. Поэтому его потеря ставит под угрозу стабильное существование семьи.

Сложная ситуация возникает также в семьях, где есть только один родитель. В этом случае возможно восприятие отделения ребенка как начало одинокой старости.

Конфликт в семье, которая не может психологически отпустить взрослого ребенка, нередко становится источником его проблемного поведения (например, побегов из дома, злоупотребления психоактивных веществ, суицида и др.). При этом эмоциональный разрыв не только не исключает, а предполагает сверхблизость молодого человека с родителями, являясь ее оборотной стороной.

Известно, что социальные потребности в процессе образования становятся важнее биологических в юношеском возрасте [5]. Юноши и девушки нуждаются в общении с близкими взрослыми, в обращении к их жизненному опыту в решении проблемы самоопределения, но эффективное взаимодействие возможно только в условиях сотрудничества на основе взаимопонимания [1].

В научной литературе существует различные классификации «отклоняющегося» семейного воспитания, которые тесно связаны с глубинными психологическими проблемами родителей. В этих случаях нарушается удовлетворение потребности в психологической безопасности младших членов семьи. Если эту потребность родители не удовлетворяют, то формируется личность с ощущениями изоляции и социальной тревогой [4]. В условиях нарушения безопасности в образовательной среде и фрустрации потребности в поддержке ближайшего окружения способствует декомпенсации личности (срыв деятельности), что вносит свой вклад в формирование психологических признаков депрессивной оценки собственных возможностей и перспективы в целом, способствует снижению регуляции аффекта в стрессовой ситуации, истощению психических и физиологических ресурсов психики [6].

Известно, что студенты из благополучных семей, проживающие с родителями в процессе образования в высшем учебном заведении, меньше подвержены стрессу и чувствуют безопасность больше, чем те, которые живут в общежитии [2]. Поэтому реальная психологическая поддержка со стороны родителей необходима всем молодым людям как способ формирования их психологической безопасности и успешности в образовательной среде.

Направления психологической помощи могут определяться следующими проблемами: наличие молодых людей, испытывающих трудности во взаимоотношениях с родителями, родители, находящиеся во власти негативных переживаний, связанных со взрослением детей и необходимостью адаптироваться к происходящим в семье изменениям.

При удаленном проживании родителей от студентов возможно их дистантное консультирование психологом, сопровождающим образовательный процесс в вузе или техникуме.

Таким образом, для формирования психологической безопасности и успешности студентов в образовательной среде важным аспектом психологического сопровождения является формирование доверительных отношений студентов и родителей.

Л и т е р а т у р а

1. *Красавина А. М.* Диагностика взаимоотношений родителей, преподавателей и студентов в условиях среднего профессионального образования // Научные исследования: от теории к практике. – 2015. – № 1 (2). – С. 78—79.
2. *Нечаенко И. Я.* Специфика стресса у студентов, проживающих в общежитии, и студентов, проживающих с родителями // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2015. – № 7—9. – С. 96—98.
3. *Олифинович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф.* Психология семейных кризисов. – СПб.: Изд-во «Речь», 2006. – 260 с.
4. *Петухова Е. А.* Проблемы адаптации студентов первого курса и значение роли куратора в их решении // Известия Алтайского государственного университета. – 2014. – № 2—1 (82). – С. 55—57.
5. *Сагалакова О. А., Стоянова И. Я., Труевцев Д. В.* Социальная тревога – маркер антивитального поведения в подростковом и юношеском возрасте // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. – 2014. – № 4 (6): [электронный ресурс]. – URL : <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения : 27.01.2016 г.).
6. *Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Стоянова И. Я., Сагалаков А. М.* Системный подход в исследовании антивитального и суицидального поведения // Медицинская психология в России. – 2015. – № 6 (35) : [электронный ресурс]. – URL : <http://mprj.ru> (дата обращения: 27.01.2016 г.).
7. *Стоянова И. Я., Шухлова Ю. А., Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Терехина О. В., Чеканова М. А.* Личностные факторы риска парасуицидальности (антивитальности) и снижения психологической безопасности студентов в образовательной среде // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 4 (89). – С. 112—116.

ОПЫТ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ С ДИАГНОЗОМ ЭПИЛЕПСИИ

Токмакова Л. Н.

**ККБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»
Красноярск, Россия**

Эпилепсия у детей – серьезное заболевание центральной нервной системы, которое начинается в детском возрасте гораздо чаще, чем во взрослом. Преимущественное большинство случаев эпилепсии впервые наблюдаются именно в детстве, начиная от младенческого возраста и заканчивая подростковым. Это заболевание, которое чаще всего проявляется судорожными припадками. При этом ребенок совсем не обязательно падает и бьется в конвульсиях, довольно часто встречаются припадки иных форм – потери сознания, судороги одной части тела (руки или ноги), бессудорожные пароксизмы. Следует помнить, что далеко не всегда судороги являются признаком эпилепсии. Во многих случаях они могут быть вызваны другими процессами в головном мозге.

Заболеваемость (число случаев вновь диагностированной эпилепсии – повторных не провоцируемых приступов за 1 год) колеблется от 41 до 83 случаев на 100 000 детского населения.

В Красноярском крае распространенность эпилепсии составляет 2,8 случая на 1000 населения: среди детей – 5,1 на 1000, среди подростков – 6,1 на 1000, а среди взрослых – 2,3 на 1000. Этиологические формы эпилепсии: криптогенная эпилепсия (46,2 %), симптоматическая (42,5 %), идиопатическая (7,4 %) эпилепсии (Вестник Клинической больницы № 51. – 2010. – Т. III, № 10. – С. 32—37).

Эпилепсию характеризует своеобразный симптомокомплекс, который имеет свои отличительные черты в виде судорог или их психических или вегетативных эквивалентов. Головной мозг – это своего рода электрический прибор, с присущими ему определенными биоэлектрическими импульсами. Биоэлектрическая активность мозга ребенка в этом плане существенно отличается от работы мозга взрослого человека, у ребенка в процессе работы мозга возникают различного рода волны – электрические заряды. При нормальной работе мозга эти волны возникают строго определенной частоты. При возникновении эпилепсии в мозге также формируются волны и разряды, но они существенно отличаются по своей силе и частоте, становятся сильными и резкими, сравнить их можно с разрядами молнии при грозе.

Подобные сбои в работе мозга не могут пройти незамеченными. И так как данные разряды генерируются в определенных зонах коры, отвечающих за тот или иной вид деятельности (внимание, мышление, память, речь и т. п.), в результате нарушается нормальная работа мозга.

Нейропсихологическая батарея тестов является чувствительной к такого рода нарушениям работы мозга. Конечно, если у ребенка классический вариант проявления эпилепсии с судорогами, он быстро попадает в поле зрения специалистов и получает своевременную помощь.

В нашем случае особый интерес представляют дети, у которых эпилепсия проявляется не судорожными приступами, а протекает по-иному. Такие дети попадают в группу риска по различным осложнениям по причине того, что выявление заболевания запаздывает, что отрицательно сказывается на здоровье и развитии ребенка. Родители таких детей чаще обращаются за помощью к психологам, а когда ситуация начинает выходить из-под контроля обращаются и к психиатру (в детском саду или в школе рекомендуют консультацию у психиатра).

Эпилепсия эпилепсии рознь, видов и проявлений эпилепсии много. Например, трехлетний мальчик (по жалобам родителей) постоянно провоцирует близких, выдает характерные аффективные вспышки на протяжении 3—4 месяцев. Подобное поведение ребенка родители расценивали как баловство и капризы. При нейропсихологическом обследовании выяснилось, что ребенок нуждается в консультации у невропатолога и инструментальном исследовании головного мозга. На ЭЭГ впервые выявлен очаг возбуждения, электрогенез мозга мальчика достигал 300—400 МКВ (в норме не должен превышать 100 МКВ).

Другой пример, когда обратились родители с просьбой дать им советы как адаптировать девочку при поступлении в первый класс. Дело в том, что у девочки есть одна особенность, пояснили родители, она уже более двух лет периодически вертит головой (непроизвольно закидывает ее в сторону). Родители переживают, что в школе девочку из-за этого будут дразнить. Неоднократно проходили лечение у невропатолога, но без улучшения. При нейропсихологическом обследовании обратило на себя внимание то, как девочка работала с корректурной пробой. По результатам пробы была видна патологически повышенная переключаемость, фактически девочка перевыполнила возрастную норму в 4—5 раз. Это позволило предположить, что определенные участки мозга работают с перевозбуждением. Наряду с этим наблюдалась грубая лобная симптоматика (при толковании сюжетной картинки). При этом девочка была спокойна, послушна, старательно выполняла задания. Очаг возбуждения в головном мозге у девочки был выявлен при ЭЭГ во сне (дневные ЭЭГ были в норме).

Подобных примеров за период работы в детском психоневрологическом диспансере накопилось не мало, когда дети попадают на прием к психиатру, а тем временем им необходима помощь невролога-эпилептолога. И нейропсихологическая диагностика нередко оказывается весьма эффективной в помощи постановки правильного диагноза. И далее, когда ребенок уже получает лечение, полезной бывает следящая нейропсихологическая диагностика, которая позволяет оценить малейшие нюансы в психическом статусе ребенка, что помогает врачу корректировать дозу препарата.

Нейропсихологическая симптоматика отклонений в развитии детей разнообразна. В разном возрасте одни и те же отклонения могут проявляться по-разному. В интерпретации данных обследования при нейропсихологической диагностике большое значение имеет возраст пациента.

В специальной литературе нередко встречаются данные о том, что психические функции ребенка, получающего противоэпилептические препараты, существенно не страдают. В нашей практике более чем в половине случаев наблюдается противоположная картина. Часть детей словно приостанавливается в развитии, родители по этому поводу бьют тревогу. Ребенок теряет познавательный интерес, значительно затормаживается. В подобных случаях эффективной оказывается помощь нейропсихолога.

Коррекционному воздействию в первую очередь подлежат те психические процессы, психофизиологическое обеспечение которых наиболее тесно связано с пострадавшими участками коры головного мозга. Коррекция наиболее уязвимых зон строится на базе сохранных звеньев коры головного мозга (в процессе диагностики выявляются сильные звенья). На основании тщательной нейропсихологической диагностики составляется индивидуальный план коррекционной работы для каждого конкретного ребенка.

Сравнительный анализ данных первичного и последующих нейропсихологических обследований позволяет выявить динамику в психологическом статусе ребенка на фоне проводимого лечения и коррекционных мероприятий.

Таким образом, проведенная психокоррекционная работа приводит к положительным изменениям в психическом статусе ребенка. Как показывает практика, самыми резистентными к коррекционному воздействию оказываются те психические процессы, психофизиологическое обеспечение которых наиболее тесно связано с пострадавшими участками мозга.

Улучшения в психическом статусе детей возможны благодаря комплексному сопровождению специалистов (невропатолога, психиатра, нейропсихолога, по показаниям других узких специалистов).

Эпилепсия у детей – одно из самых серьезных поражений ЦНС. Для того чтобы избежать ухудшения умственных способностей ребенка, необходимо постоянно наблюдать его состояние у квалифицированных специалистов. Нейропсихологические исследования необходимо проводить всем больным эпилепсией детям для правильной оценки когнитивных расстройств и психических нарушений с целью оказания своевременной помощи. Существует такая закономерность: чем более молодой возраст поражается эпилепсией, тем более серьезных последствий следует ожидать в дальнейшем. Это обусловлено незрелостью и, как следствие, большей уязвимостью мозга ребенка. Но одновременно необходимо помнить о том, что именно в раннем возрасте лечение эпилепсии может быть наиболее эффективным и достигать 100-процентного излечения.

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Уланова Ж. Б., Вантеева В. А., Семёнова Н. Б., Минькова Е. В.

**КГБУЗ Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
Красноярск, Россия**

Актуальность исследования. В настоящее время повышенное внимание к детям с расстройствами аутистического спектра (РАС) является общемировой тенденцией. Во всем мире сегодня насчитывается более 67 млн людей с аутизмом. По данным ВОЗ, на каждые 160 детей приходится 1 ребенок, страдающий расстройствами аутистического спектра. В Красноярском крае на сегодняшний день под наблюдением врачей-психиатров находится 334 ребенка с РАС. Красноярский край стал участником проекта по оказанию комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям с данными видами нарушений [5].

Комплексная медико-психолого-педагогическая помощь детям с психическими расстройствами проводится на базе детского дневного стационара Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1, куда ребенок может попасть по направлению участкового психиатра, по рекомендации психолога или врача, а также при самостоятельном обращении родителей.

В своей работе специалисты дневного стационара руководствуются принципом междисциплинарного взаимодействия, оказание комплексной помощи осуществляется целой бригадой специалистов, в которую входят психиатр, дефектолог, психолог, психотерапевт, музыкальный работник, медицинские сестры.

Методы. Одним из основных методов, положительно зарекомендовавших себя в реабилитации детей, имеющих нарушения коммуникативных функций, является игровая терапия. Терапия проводится в групповом формате. Набор детей в группу осуществляется медицинским психологом или психотерапевтом, по согласованию с лечащим врачом, с учетом имеющихся жалоб, анамнеза заболевания, результатов психологического тестирования. Обычными показаниями для групповой терапии являются задержка психического развития, нарушения эмоционально-волевой сферы и неврозоподобная симптоматика. Однако показания для групповой терапии детей с РАС более дифференцированы, необходимо учитывать целый комплекс факторов, в том числе тяжесть симптоматики и выраженные трудности коммуникации таких пациентов. Наша практика показала, что в работу лучше брать детей с РАС 3 и 4 группы (по клинической классификации О. С. Никольской), в группу включать не более 1–3 человек.

Для создания стабильной, благоприятной среды, способствующей эмоциональному развитию и формированию коммуникативных навыков, в стационаре созданы необходимые условия, имеется специально оборудованный зал. Правила проведения занятий включают постоянный состав группы, периодичность занятий 3 раза в неделю, в одно и то же время, 30—40 минут, курс от 10 до 15 занятий. Занятия проводятся в условиях безоценочного принятия, доверия и безопасности, что позволяет детям уменьшить тревогу, дает возможность получать удовольствие от общения, позволяет научиться взаимодействовать, повышает самооценку и в целом способствует лучшему пониманию других людей и собственных чувств. Даже в самых тяжелых случаях, при создании адекватных условий, обучение ребенка с РАС возможно [4]. Аутичный ребенок может освоить ранее недоступные ему способы коммуникации, стать более адаптированным в окружающем мире. На это и направлен весь процесс игровой терапии, основными задачами которой является формирование коммуникативных навыков у ребенка с РАС путем создания устойчивых поведенческих стереотипов, расширения границ общения, закрепления приобретенных правил. Для реализации этих целей при работе с группой мы придерживаемся определенной последовательности, которая включает 4 этапа: установочный, подготовительный, реконструктивный и закрепляющий [3].

Наш опыт показал, что лучшие результаты в групповой работе с аутичными детьми достигаются при проведении занятий двумя специалистами. Это позволяет моделировать развивающую, комфортную, поддерживающую среду. В данном случае котерапевт выступает «проводником-опорой» аутичного ребенка во внешнем мире, является моделью поведения в разных ситуациях, дает ребенку обратную связь относительно ситуаций, возникающих в процессе взаимодействия с другими детьми. Специалист объясняет ребенку различные формы его поведения, показывает, как правильно сформулировать свои мысли и желания, как выделить главное, выполнить задание. Задача специалистов состоит в том, чтобы научить ребенка распознавать эмоции и желания, как окружающих детей, так и свои собственные. Аутичные дети имеют трудности включения в сюжетно-ролевые игры в группе, особенно если это не совсем привычная для них игра. Поэтому задачей ведущих является необходимость обучить ребенка набору поведенческих штампов (стереотипов), которыми он мог бы пользоваться в различных игровых ситуациях, для чего используются элементы поведенческого тренинга.

Занятия сопровождаются наглядными примерами, объяснения повторяются несколько раз, в одной и той же последовательности, в одних и тех же высказываниях. Речевые инструкции даются простым языком, в разной тональности, тихим голосом, иногда шепотом. После выполнения задания специалист фиксирует внимание ребенка и окружающих на его успехе. Специально организованная среда позволяет аутичному ребенку «увидеть» других детей, начать подражать им, научиться взаимодействовать, соблюдать правила поведения, т. е. выработать поведенческий стереотип [2].

Важным элементом занятий является эмоциональное и сенсорное наполнение. При этом взрослые «заражают» детей своими эмоциями, стремятся находиться в контакте с ними, поддерживать их удовольствие от общения. Созданная атмосфера является необходимым условием для коллективной игры, в которой аутичный ребенок не лишается возможности собственной игры. В ситуации отсутствия оценки аутичные дети сначала включаются в свою «игру», затем постепенно «присоединяются» к детям, обучаются общепринятым формам взаимодействия. В процессе активного участия в группе у ребенка может возникнуть чувство причастности, принадлежности к микросоциуму, что в целом способствует повышению опыта доверия к людям. Принимая роль водящего в игре, ребенок совершает действие перед остальными участниками группы, а оказавшись в другой роли, имеет возможность наблюдать, как другие дети справляются с аналогичной задачей.

Участие в коллективной игре помогает ребенку осознать себя, почувствовать свою индивидуальность, приобрести опыт поведения в эмоционально напряженных ситуациях.

Усвоение новой информации аутичным ребенком возможно лишь на протяжении достаточно короткого промежутка времени вследствие быстрой пресыщаемости и низкой целенаправленности, с одной стороны, и устойчивых поведенческих стереотипов – с другой. Занятия строятся таким образом, чтобы, пресытившись одним видом деятельности, ребенок мог сменить деятельность, а не уйти в привычное для него стереотипное действие.

В период с 2007 по 2015 г. нами проведено более 15 циклов групповых занятий, в которых приняли участие 30 детей с расстройствами аутистического спектра. В 70 % случаев отмечается устойчивая положительная динамика, что позволяет сделать вывод о целесообразности включения подобных занятий в систему абилитации детей с данными видами расстройств.

Возможности социального и личностного развития аутичного ребенка напрямую связаны с семьей. Работа специалистов с родителями детей, проходящих игровую психотерапию, способствует их более эффективному взаимодействию с детьми, поддержанию положительных изменений, закреплению приобретенных навыков и поведенческих стереотипов.

Таким образом, пребывание аутичного ребенка в терапевтической группе позволяет ему в психологически защищенных условиях не только получить опыт взаимодействия с другими детьми и уменьшить дефицит общения, но и выработать социальные навыки путем формирования поведенческих стереотипов, что позволяет ребенку лучше адаптироваться в жизни. Включение родителей в терапевтический процесс позволяет им выработать особую тактику взаимоотношения с ребенком, научиться понимать и реально оценивать его возможности, а также формировать адекватный уровень требований к нему.

Л и т е р а т у р а

1. *Каган В. Е.* Аутизм у детей. – Л.: Медицина, 1981. – 208 с.
2. *Карвасарская И. Б.* В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. – М.: Теревинф, 2003. – 70 с.
3. *Мамайчук И. И.* Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Изд-во Речь, 2007. – 288 с.
4. *Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2000. – 336 с.
5. РИА Новости. Расстройства аутистического спектра. – <http://ria.ru/infografika/20120904/743008626.html#ixzz3ydEgdx2U>

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ГРУППОВЫХ ТРЕНИНГОВ КОГНИТИВНО-СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТРУКТУРЕ СТАЦИОНАРА

Усакова Е. Н., Буянова Ю. В., Семенова Н. Б., Табацкая М. И.

**КГБУЗ Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
Красноярск, Россия**

Актуальность. В течение многих десятилетий в психиатрии преобладал клинико-биологический подход к лечению психических заболеваний. При этом проблемы целостной личности учитывались недостаточно. Между тем, по последним данным, шизофрения дает наиболее высокий процент инвалидов по психическим заболеваниям. В последние годы происходит переориентация на восприятие психического расстройства как психобиосоциального явления. Это привело к появлению нового подхода к оказанию психиатрической помощи, заключающегося в работе полипрофессиональной бригады специалистов, используя знания из психиатрии, психотерапии, психологии и педагогики. Суть реабилитации психически больных – возвращение их в социум, восстановление (сохранение) их личностной и общественной целостности.

Материал исследования. В КГБУЗ ККПНД № 1, наряду с другими видами групповой работы, с октября 2010 г. проводится тренинг когнитивно-социальных навыков. Группу ведут 2 специалиста (медицинский психолог и специалист по социальной работе) по принципу полипрофессиональной бригады, причем специалист по социальной работе проводит социально-ориентированные блоки в рамках тренинга. За этот период в стационаре проведено 124 групповых занятия, с участием 99 пациентов, средний возраст которых составил 28,6 года. Из них 61 % – лица женского пола, 39 % – лица мужского пола. В основе тренинга когнитивно-социальных навыков лежит положение А. Вreier (1999) о нейрокогнитивном дефиците у больных шизофренией как о «третьей ключевой группе симптомов» шизофрении, наряду с позитивными и негативными симптомами. Нейрокогнитивный дефицит при шизофрении называется генерализированным, потому что больные при выполнении практически всех тестов демонстрируют результаты ниже, чем не болеющие шизофренией люди. Это позволяет предположить вовлечение в патологический процесс разных анатомических структур мозга, т. е. нейрокогнитивный дефицит характеризуется диффузностью или вовлеченностью различных областей головного мозга; нарушениями памяти, внимания, функций произвольности и контроля (как проявление дисфункции лобных долей головного мозга).

Задачи тренинга когнитивно-социальных навыков: нивелирование нейрокогнитивного дефицита у пациентов с шизофренией; повышение коммуникативной направленности; отработка навыков социального поведения.

Обсуждение. Особенности группы: 1) группы носят характер «закрытых» малых групп (примерно 6—8 участников); 2) занятия проходят 2 раза в неделю по часу; 3) продолжительность курса 11 занятий; 4) примерно одинаковый возраст пациентов; 5) разнополовая представленность участников; 6) группу ведут ведущий и котерапевт; 7) обязательное введение групповых правил; 8) четкая структурированность занятий (например, техника «рондо» – высказывание по кругу); 9) простота и понятность заданий (что обусловлено особенностями когнитивной сферы больных); 10) обязательное введение ритуалов начала и окончания каждого занятия.

Групповая работа включает следующие этапы: подготовительный (индивидуальное собеседование с пациентом с информационной и оценочной целью); когнитивный блок; эмоциональный блок; социальный блок.

Методы: упражнения для развития когнитивных функций (памяти, внимания, мышления); двигательные упражнения; психогимнастические приемы; коммуникативные игры; релаксационные приемы; дискуссия; музыкотерапия, элементы арттерапии (изотерапия, элементы структурной лепки); техники «присоединения» и активное слушание.

Все задания строятся по принципу: «от простого к сложному». Важно избегать эмоциональной перегрузки и сверхстимуляции. Для данной групповой работы существуют противопоказания, а также вводятся групповые правила, они являются общепринятыми для проведения групповой работы с больными шизофренией.

Здесь следует учитывать, что мотивация больных шизофренией крайне невысока и нестабильна; интерес к занятиям слабый, эмоциональный отклик часто формальный. Поэтому при ведении данной группы присутствует эффект «drop-outs», или отсева пациентов из группы. К примеру, наш опыт показывает, что при наборе группы 10 человек к окончанию остаются 5—6 пациентов.

Особенностью ведения данной групповой работы нашими специалистами является использование правил Ганса Селье для профилактики дистресса с соответствующими ролевыми играми. На 7-м групповом занятии (когда группа уже сплотилась) мы начинаем знакомить пациентов с данными правилами. Этико-философские построения правил Ганса Селье основаны не на абстрактных рассуждениях, а исходят из непреложных биологических законов.

В основу правил Селье положен принцип альтруистического эгоизма, вполне реалистичный, четкий и понятный, на наш взгляд, способствующий разрушению перфекционистских установок больных, расширяющий рамки и способы социального реагирования. Замечено, что некоторые пациенты начинают переносить систему данных правил (частично или в полном объеме) на построение собственных коммуникаций с близкими и родственниками. Это стимулирует пациентов к приспособлению или адаптации в социуме. В совокупности с правилами Ганса Селье предлагаются девизы Матери Терезы, которые стимулируют пациентов на то, чтобы начать делиться своим личным опытом и повышают уровень рефлексии.

У пациентов, прошедших групповой когнитивно-социальный тренинг, отмечается положительная динамика в виде более открытого и непринужденного общения в группе с формированием доверительных отношений (молодые люди начинают здороваться за руку при встрече, называют друг друга по имени, интересуются событиями из жизни других пациентов), снижения настороженности и зажатости (как правило, принимают более удобную и непринужденную позу, начинают жестикулировать); эмоционального оживления и откликаемости (улыбаются, начинают открыто говорить о своих эмоциях; в арттехниках появляется использование более ярких цветов); позитивного и доброжелательного отношения к ведущим и другим участникам группы (делают комплименты друг другу и ведущим; очень позитивно начинают комментировать работы друг друга); наличия интереса к предложенным заданиям (некоторые пациенты самостоятельно начинают интересоваться понятиями, о которых дается представление на группе, искать больше информации в разных источниках, что стимулирует личностный рост).

Заключение. К концу групповой работы положительная динамика отмечается у 64,5 % пациентов, прошедших тренинг когнитивно-социальных навыков, что указывает на необходимость данного вида групповой работы с больными шизофренией, поскольку обеспечивают социальную вовлеченность, стимулируют активность и являются предпосылками для формирования ответственности больного за свое социальное поведение.

САМООТНОШЕНИЕ И ЭМПАТИЯ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Хинчагов Г. В., Колкова С. М.

**ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность исследования. Проблема формирования личности в подростковом возрасте является одной из самых главных в современной педагогике и психологии. Особенно значимой эта проблема является для тех, чье самостоятельное «вращение» в культуру затруднено из-за имеющихся врожденных нарушений слуха, препятствующих полноценному общению с другими людьми и овладению чтением. Свообразие социальной ситуации развития человека с нарушенным слухом влияет не только на его речевое развитие, оно также сказывается на его поведении, эмоциональном и личностном развитии [3, 6].

Материал исследования. Нами проведено исследование самоотношения и эмпатии у подростков с нарушением слуха на базе КГБОУ СПО «Красноярский техникум социальных технологий». Одним из важных направлений работы этого образовательного учреждения является обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В исследовании приняли участие две группы респондентов, в общей сложности 34 подростка, имеющие нарушение слуха. Первая группа являлась экспериментальной, куда вошли 17 студентов, средний возраст которых составил 17 лет. Вторая группа была контрольной, в нее включили так же 17 студентов со средним возрастом 17 лет. Среди участников экспериментальной и контрольной групп были проведены одни и те же методики исследования. Подросткам экспериментальной группы была проведена психокоррекционная программа, целью которой являлось развитие позитивного самоотношения в старшем подростковом возрасте для выяснения характера взаимосвязи между компонентами самоотношения личности и эмпатией у подростков с нарушением слуха [1, 2].

Методы исследования. В исследовании использованы Тест-опросник самоотношения В. В. Столина и методика диагностики уровня поликоммуникативной эмпатии И. М. Юсупова [4, 5].

Обсуждение результатов. По результатам первичной диагностики самоотношения у студентов экспериментальной и контрольной групп выявлены показатели «самоотношения» ниже среднего уровня (у 71 % студентов). Глобальное самоотношение измеряет интегральное чувство «за» или «против» собственного «Я» испытуемого.

Выявлено, что уровень «самоуважения» у 77 % подростков был ниже среднего. Как аспект самоотношения он отражает эмоциональную сторону и содержательно объединяет веру в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей, возможность контролировать собственную жизнь и быть самопоследовательным, понимание самого себя.

Обнаружено 48 % студентов с показателями ниже среднего по шкале «аутосимпатия», в данном случае низкий уровень характеризует отношение к себе как видение преимущественно недостатков, низкую самооценку, готовность к самообвинению.

Результаты по шкалам «самоуверенность» и «самоинтерес» отражают меру близости к самому себе, в частности интерес к собственным мыслям и чувствам, готовность общаться с собой «на равных», уверенность в своей интересности для других. У 71 % студентов эти показатели были низкими.

У 89 % подростков выявлены показатели ниже среднего уровня по шкале «самопонимание» – как процесс, участвующий в согласовании представлений человека о себе и внешнем мире в процессе управления целями и погружения в деятельность.

По шкале «самообвинения» показатель у 83 % студентов, напротив, оказался выше среднего уровня, так как они характеризовались повышенной тенденцией к обвинению себя или своих действий.

Проведение методики диагностики уровня поликоммуникативной эмпатии (И. М. Юсупова) показало, что 41 % подростков имели низкий уровень эмпатийности, у 47 % выявлен средний уровень эмпатии, у 12 % наблюдался высокий уровень эмпатийности.

После проведения психокоррекционной программы (эффективность которой доказана математически), направленной на развитие позитивного самоотношения, наблюдается повышение уровня эмпатийности у студентов с нарушением слуха экспериментальной группы. За счет тренингов количество студентов, имеющих низкий уровень эмпатийности, сократилось до 23 %. В то же время увеличилось количество подростков со средним уровнем эмпатии – до 53 %, так же как и возросли показатели высокого уровня эмпатийности – до 24 %.

Выводы. Результаты исследования, полученные эмпирическим путем, подтверждают взаимосвязь между самоотношением личности и межличностными отношениями у подростков с нарушением слуха.

Л и т е р а т у р а

1. *Кольшко А. М.* Психология самоотношения : учебное пособие. – Гродно: ГрГУ, 2004. – 102 с.
2. *Пантелеев С. Р.* Самоотношение как эмоционально-оценочная система. – М. : МГУ, 1991.
3. *Райс Ф.* Психология подросткового и юношеского возраста. – СПб., 2000. – 82 с.

4. *Бодалёв А. А., Столин В. В.* Самосознание как объект психодиагностики // *Общая психодиагностика* / под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. – С. 245—268.
5. *Юсупов И. М.* Диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии // *Диагностика эмоционально-нравственного развития* / ред. и сост. И. Б. Дерманова. – СПб., 2002. – С. 114—118.
6. *Власова Т. А.* Влияние нарушений слуха на психическое развитие. – М., 1953.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ

Хоменко О. П.

НИИ психического здоровья, Томск, Россия

Одним из основных факторов, определяющих внимание к исследованиям в области психических расстройств психотического уровня у лиц пожилого и старческого возрастов, является рост доли пожилых и престарелых в населении экономически развитых и развивающихся стран (Комаров Ф. И. и др., 2005; Baker P. M. et al., 2002; Brand D., Nicaise J., 2005; Vojtechovsky M., 2005; Helmchen H. et al., 2006; Zarit S. H., Edwards A. B., 2006).

В настоящее время недостаточно научных исследований, посвященных изучению психозов у пожилых людей.

В последнее двадцатилетие прогрессивное развитие отечественной геронтопсихиатрии повлекло за собой активное изучение расстройств невротического и тревожно-депрессивного спектров у пациентов геронтологического профиля, например, изучение болезни Альцгеймера и деменций другой этиологии, в том числе с коморбидной соматической патологией. Тем не менее совершенно недостаточно изучена тема психотических нарушений у лиц старше 60 лет (Дробижев М. Ю., 2002).

Эпидемиологические данные демонстрируют значимый ежегодный прирост новых случаев тяжелых психических расстройств в пожилом возрасте в сравнении с группой лиц молодого и среднего возрастов. Результаты исследований указывают на увеличение показателей болезненности психозами в популяции пожилых, ассоциированное с высокой частотой госпитализаций; затрат учреждений здравоохранения; нагрузки на родственников пациента и медицинский персонал (Соколова И. В., Сиденкова А. П., 2014).

Ряд авторов описывает «наложение» психотических нарушений на уже имеющиеся когнитивные расстройства у лиц позднего возраста. Другие говорят о том, что психозы у данной возрастной группы могут

быть «верхушкой айсберга» – предвестником надвигающейся глобальной когнитивной катастрофы. Все исследователи, занимающиеся изучением данной проблемы, согласны с одним – в любой ситуации развитие психотических расстройств у лиц старше 60 лет влечет усугубление когнитивных проблем. Это приводит к когнитивному дефекту в первом случае и появлению когнитивных расстройств разной степени тяжести после перенесенного психоза – во втором, как следствие, происходит усугубление бремени болезни.

Серьезной проблемой современной отечественной геронтопсихиатрии является гиподиагностика расстройств памяти на ранних этапах. Это носит не только медицинский, но и социальный характер (Калын Я. Б., 2001).

Выявление снижения когнитивных функций, а также их профилактика на этапе первичного медицинского звена практически не проводится. Часто пациенты пожилого и старческого возрастов с психотическими нарушениями или их родственники обращаются за помощью к психиатру при наличии уже имеющейся деменции средней степени тяжести или тяжелой степени выраженности (Потапкин И. А., 2000; Балашов П. П., 2003; Бохан Н. А., 2005; Счастный Е. Д., 2005; Семке В. Я., Цыганков Б. Д., Одарченко С. С., 2006; Симуткин Г. Г., 2006; Лебедева В. Ф., 2007). При этом совершенно выпадает из медицинского поля зрения период легких и умеренных когнитивных нарушений и деменция легкой степени тяжести. Это отчасти обусловлено социальными факторами, такими как низкая информированность населения, отсутствие соответствующих специалистов в поликлиниках, которые бы могли своевременно выявлять и направлять по профилю данных пациентов. Отчасти связано с медицинскими факторами – наличие декомпенсированных коморбидных соматических расстройств, безразличное отношение самих пациентов, а также их родственников к своему здоровью и отсутствие своевременной коррекции имеющихся заболеваний.

Отдельной проблемой развития психозов на фоне деменции можно обозначить нарушение адаптации ухаживающих лиц, что отражается как на сфере их социального функционирования, так и на состоянии психического здоровья. Задействованные в уходе за пациентом лица чаще других в общей популяции страдают расстройствами тревожно-депрессивного и невротического спектров, отмечается нарушение их способности к труду (Семенова Н. В., 2006). Либо же бремя ухода перемещается на психиатрические стационары, которые, помимо купирования психозов и лечения слабоумия, должны выполнять функции ухода за больным, что в значительной степени увеличивает нагрузку на медперсонал и финансовые затраты учреждения.

Своевременное выявление когнитивных проблем на начальных эта-

пах их развития, а также последующее поэтапное наблюдение и своевременная адекватная терапия позволили бы существенно улучшить качество жизни как пациентов, так и их родственников.

Более детальное изучение проблемы возникновения психотических расстройств у лиц старше 60 лет может сдвинуть приоритет оказания геронтопсихиатрической помощи в сторону стационарзамещающих форм.

На фоне активного изучения заболеваний у лиц пожилого и старческого возрастов отечественной психиатрией резко выделяется низкий уровень внедрения программ с поэтапным оказанием помощи в практическую деятельность. Преимущественно исследования ориентированы на медицинскую модель оказания превентивной психиатрической помощи.

Существующая организация помощи пожилым больным с проблемами психотического уровня недостаточно изучена. Нет методик для выявления психических нарушений у пожилых лиц и стариков, которые могли бы быть использованы в общесоматической сети. Решение этих задач определяет актуальность изучения психотических расстройств психотического уровня у лиц пожилого и старческого возрастов.

ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Черенёва Е. А.

Красноярский ГПУ им. В. П. Астафьева, Красноярск, Россия

Проблема социально-психологической адаптации личности – одна из актуальных междисциплинарных проблем современности человекознания. Эпоха социально-экономических и ценностных преобразований общества выдвигает на первый план общепсихологические проблемы изучения целостной личности в меняющихся условиях реальной жизнедеятельности (Анцыферова Л. И., 1993; Абульханова-Славская К. А., 1994; Брушлинский А. В., 1996). В психологической науке все большую силу набирает тенденция ее онтологизации, обусловленная выходом за пределы гносеологического понимания психики как отражения объективной реальности. В теории и практике психологической науки не ослабевает интерес к изучению бессознательных детерминант поведения как фактора социально-психологической адаптации.

В теории открытых самоорганизующихся психологических систем (В. Е. Ключко, О. М. Краснорядцева и др.), в общей теории ригидности Г. В. Залевского, в исследованиях, выполненных на стыке этих теорий (Э. В. Галажинский, И. О. Гилева, И. А. Тепленева, О. Б. Шептенко и др.), в исследованиях ценностных ориентаций личности как динамической системы (М. С. Яницкий) содержится много оснований, позволяющих представить готовность к изменению образа жизни как проявление самоорганизации человека.

Актуальность проблемы исследования бессознательных детерминант социально-психологической адаптации детей с ментальными нарушениями (МН) вызвана следующими положениями: 1) необходимостью теоретического осмысления результатов отечественных работ и недостаточно представленных в отечественной психологии исследований в области изучения социально-психологической адаптации в детском возрасте; 2) дефицитом отечественных сравнительных исследований в области теории и практики бессознательного детей с ментальными нарушениями как дополнительной возможности понимания механизмов формирования личности детей с нормальным интеллектуальным развитием; 3) недостатком теоретического и методологического обоснования методов диагностики и коррекции личности детей и подростков с МН; 4) недостатком исследований в теоретическом обобщении взаимосвязи личностного развития с параметрами субъективного мира, в том числе у детей и подростков с МН, и их влияние на социально-психологическую адаптацию.

Необходимость научного обеспечения программ оптимизации социально-психологической адаптации детей и подростков с нарушениями интеллектуального развития, как необходимого условия формирования гармоничной и целенаправленной личности.

Для изучения психологических закономерностей, связанных с установочной регуляцией деятельности у детей с МН, мы предлагаем использовать эвристический потенциал психофизического подхода в единстве с системно-деятельностным подходом (Леонтьев А. Н., 1965, 1983; Асмолов А. Г., Михалевская М. Б., 1974; Гусев А. Н., 2004). Становление и развитие в современной отечественной психологии традиций гуманистического, личностно-ориентированного подхода ставят в ряд актуальных научно-практических задач изучение проблемы активности человека как субъекта жизни и деятельности, проявлений его индивидуальности во взаимодействиях с окружающим миром (Рубинштейн С. Л., 1973; Джидарьян И. А., 1988; Абульханова-Славская К. А., 1991; Русалов В. М., 1991; Вяткин Б. А., 1992, 2000; Дорфман Л. Я., 1993; Волочков А. А., 2005).

В этой связи не менее актуальным сегодня является изучение психологических закономерностей и факторов, потенциально снижающих спектр проявлений субъектной активности, препятствующих индивидуальной самореализации человека в социальном мире. В качестве таких образований выступают категории метапсихологии – установка и психологическая защита, которые тесно связаны с проблемами детерминации бессознательного, что является индикатором психической регуляции, становления личности и социально-психологической адаптации индивида.

Заметное место в процессе исследования бессознательных детерминант социально-психологической адаптации принадлежит исследованию в рамках психологии установки (Хачапуридзе Б. И., 1962; Прангишвили А. С., 1966; Асмолов А. Г., 1974—2002; Шерозия А. Е., 1979; Узнадзе Д. Н., 2004 и др.). Установки, функционируя как механизм стабилизации деятельности, могут выступать и как консервативный, инерционный момент деятельности (Асмолов А. Г., 1979), затрудняя приспособление к новым условиям, особенно в ситуациях психической напряженности, при дефиците времени, когда необходимо быстро, «здесь и теперь», изменить поведение в соответствующем направлении. Несмотря на наличие множества работ, связанных с изучением конкретных вопросов установочной регуляции деятельности в общей психологии и психофизике (Хачапуридзе Б. И., 1962; Прангишвили А. С., 1966; Асмолов А. Г., 1974—2002; Шерозия А. Е., 1979; Узнадзе Д. Н., 2004 и др.), в социальной психологии и психологии личности (Шихирев П. Н., 1973, 1999; Асмолов А. Г., Ковальчук М. А., 1977; Ядов В. А., 1979; Надирашвили Ш. А., 1987; Фромм Э., 1992; Девяткин А. А., 1999; Андреева Г. М., 2002; Майерс Д., 2007; Глотова Г. А., 2008 и др.), поиск новых подходов для более детального исследования уже найденных и выявления новых закономерностей остается актуальным.

В теории установки, разработанной Д. Н. Узнадзе (2001) и его последователями (Хачапуридзе Б. И., 1962; Прангишвили А. С., 1966; Бжалава И. Т., 1968; Кинцурашвили А. Т., 1971; Чхартисшвили Ш. Н., 1971, 1978; Норакидзе В. Г., 1975; Шерозия А. Е., 1979; Амирэджиби Д. Т., 1986; Григолава И. Г., 1987; Имедадзе И. В., 1989; Сарджвеладзе Н. И., 1989 и др.), под установкой понимается целостное состояние индивида (психофизиологическое, психическое), модус личности, готовность осуществлять деятельность определенным образом.

В реальной жизнедеятельности общепсихологическая сущность целостной личности открывается нам в каждом отдельном проявлении ее активности в модификациях установок как системной организации человеческих сущностных сил.

Поэтому нам представляется перспективным исследование личности как иерархической установочной системы, поскольку понятие установки является одним из тех, которое «дает возможность раскрыть основные закономерности активности субъекта в целом» (А. С. Прангишвили). Принимая во внимание мысль А. Г. Асмолова о близости понятия установки Д. Н. Узнадзе и понятия личностного смысла А. Н. Леонтьева, замечание А. С. Прангишвили о том, что психологическое выражение отношений между потребностью и ситуацией ее удовлетворения переключается с концепцией А. Н. Леонтьева о личностном смысле, а также с рассмотрением В. А. Ядовым личностного смысла как диспозиции социального поведения личности. Основное достоинство этого понятия состоит в том, что оно позволяет впервые объединить «морфологический» и «динамический» подходы к исследованию психической активности.

В духе первичной установки Д. Н. Узнадзе, категориальная установка выступает как особый модус целостного субъекта и воздействует на системы значений личности как своеобразный фильтр-модулятор, включающий в актуальные значения те семантические признаки, которые релевантны текущему моменту деятельности. Перспективным является рассмотрение факторов, детерминирующих формирование и функционирование категориальных установок, в контексте теории психологических систем (Клочко В. Е., 1995), которая основывается на принципе системной детерминации. Согласно этой теории, категориальную установку можно понимать как динамическое новообразование субъект-объектной системной природы, с которым связана интеграция «различных по своему происхождению и функциям причинных цепей, берущих свое начало во внешнем, во внутреннем, в условиях, в самой деятельности» (Клочко В. Е., 1997).

Нам наш взгляд, такой подход к исследованию позволяет вскрыть бессознательные социально-психологической адаптации личности.

Такое понимание категориальной установки позволяет системно подойти к исследованию фундаментальных общепсихологических проблем, а также обеспечить новый уровень решения ряда прикладных психологических задач, ответить на актуальные вопросы, остро стоящие перед психологической наукой, исследующей личность в современных условиях. Одним из таких актуальных вопросов является изучение личности в ее взаимоотношениях с реальностью, анализ детерминант, которые обуславливают содержательно-процессуальные характеристики этого отношения.

Наиболее существенными нам представляются изменения внешнего жизненного контекста, которые в свою очередь ответственны за изменение потребностной сферы личности, фрустрацию важнейших базовых потребностей.

Разработанная и созданная усилиями отечественных дефектологов система специализированной помощи детям с различными формами интеллектуального недоразвития (А. Н. Граборов, Г. М. Дульнев, Л. В. Занков, В. И. Лубовский, В. Г. Петрова, Б. И. Пинский, И. М. Соловье, Ж. И. Шиф и пр.) достигла значительных успехов в решении задач диагностики и коррекции нарушений познавательной деятельности в детском возрасте.

В этой связи особую актуальность приобретают изучение процесса социально-психологической адаптации с лиц с ментальными нарушениями, с одной стороны, выступающие в качестве источника условий и влияний, определяющих процесс становления личности и, с другой стороны, опирающего на социальную адаптацию как на один из своих основных социально-психологических механизмов.

Таким образом, теснейшая связь с такими ключевыми категориями современного человековедения, как личность и социальная адаптация, прямо или косвенно способствовала привлечению внимания к проблеме социализации как в ее философских, социальных, психолого-педагогических, так и в собственно психологических аспектах.

Специфические особенности процесса социализации лиц с МН, представленные на концептуальном уровне, в виде наиболее общих тенденций психосоциального развития личности представлены в известных трудах Л. С. Выготского, до сего времени выступающих в этой области в качестве надежных методологических ориентиров. Однако вряд ли можно говорить о должной мере конкретизации этих идей, подкрепленной соответствующими экспериментальными исследованиями и пригодной для решения важных задач современной психолого-педагогической практики, главными из которых являются успешная социальная адаптация данной категории детей и связанная с ней задача профилактики отклоняющегося поведения.

Таким образом, актуальность исследуемой проблемы определяется как тенденциями развития научного знания, так и существующими потребностями социально-психологической и клинической практики. Изучение детерминант бессознательного, как фактора, определяющего социально-психологической адаптации в норме и патологии, позволяет решать важнейшую теоретическую и практическую задачу, требующую актуального исследования и разработки.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ АЛКОГОЛЕЗАВИСИМЫХ ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Черткова О. А., Осипов Г. П., Пчелкова К. А., Сомова Н. В.

ГКУЗ КО Кемеровская ОКПБ, Кемерово, Россия

Актуальность исследования копинг-стратегий в среде алкоголезависимых пациентов обусловлена необходимостью планирования психологических интервенций в решении прогностических и реабилитационных задач. Копинг является важным фактором, влияющим не только на уровень социальной адаптации, но и на прогноз заболевания и предотвращение рецидивов. Адаптация, в отличие от простого приспособления, понимается как активное взаимодействие человека с социальной средой с целью достижения его оптимальных уровней по принципу гомеостаза и отличающегося относительной стабильностью. Проблема адаптации теснейшим образом связана с проблемой здоровья и болезни. Этот континуум неотъемлем от жизненного пути личности. Многофункциональность и разнонаправленность жизненного пути обуславливают взаимосвязь процессов соматического, личностного и социального функционирования.

Копинг-стратегии являются поведенческим отражением процессов произвольного контроля над действием, для того чтобы поддерживать или восстанавливать контроль в неопределенных, конфликтных, стрессогенных ситуациях. Успешность адаптации личности к стрессам определяется уровнем развития у нее совладающего поведения, которое регулируется посредством применения собственных поведенческих стратегий (копинг-стратегий) на основе имеющегося личностного опыта и средовых копинг-ресурсов.

Копинг-поведение – форма поведения, отражающая готовность индивида решать жизненные проблемы. Это поведение, направленное на приспособление к обстоятельствам и предполагающее сформированное умение использовать определенные средства для преодоления эмоционального стресса. При выборе активных действий повышается вероятность устранения воздействия стрессоров на личность. Особенности этого умения связаны с «Я-концепцией», локусом контроля, эмпатией, условиями среды.

Материал исследования. С целью выявления ведущих стратегий копинга среди алкоголезависимых больных нами были обследованы 52 пациента 21-го отделения Кемеровской областной клинической психиатрической больницы в возрасте от 24 до 60 лет. Среди них было 10 женщин и 42 мужчины.

Обсуждение. В исследовании применялась методика Дж. Амирхана «Индикатор копинг-стратегий», которую можно считать одним из наиболее удачных инструментов исследования базисных стратегий поведения человека. Идея этого опросника заключается в том, что все поведенческие стратегии, которые формируются у человека в процессе жизни, можно подразделить на три большие группы: решение проблем, поиск социальной поддержки, избегание проблем. Успешное совладание рассматривается как успешная адаптация.

Само понятие «копинг» включает в себя реакцию не только на чрезмерные или превышающие ресурсы человека требования, но и на каждодневные стрессовые ситуации. Содержание копинга – это то, что делает человек, чтобы справиться с ними: он объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы справиться с запросами обывденной жизни. Мысли, чувства, действия образуют копинг-стратегии. Реакции индивида на стрессовую ситуацию могут быть как произвольными, так и непроизвольными. Непроизвольные реакции основаны на индивидуальных различиях в темпераменте, а также те, что приобретены в результате повторения и больше не требуют сознательного контроля. Механизм копинга запускается стрессовым событием, когда происходит оценка какого-либо внутреннего (например, мысль) или внешнего (например, упрек) стимула, и в результате возникает копинг-процесс. Копинг-реакция срабатывает, когда сложность задачи превышает энергетическую мощность привычных реакций организма. Если требования ситуации оцениваются как непосильные, тогда преодоление может принимать форму психологической защиты.

В общем континууме психологической регуляции копинг-механизмы играют компенсаторную функцию, а механизмы психологических защит занимают последний уровень в системе адаптации – уровень декомпенсации. Исходя из стилей реагирования, можно описать два типа людей. Первый тип – это люди, прибегающие к механизмам психологических защит и воспринимающие мир как источник опасностей. Они характеризуются невысокой самооценкой, выраженным пессимизмом. И второй тип – люди, использующие копинг-механизмы (совладание). Они реалисты и оптимисты, характеризуются положительной самооценкой и сильно выраженной мотивацией достижения. Следует отметить, что стиль реагирования даже у одного человека может изменяться в зависимости от сферы жизни, в которой он проявляется: в семейных отношениях, работе или карьере, заботе о собственном здоровье.

Как считал А. Бандура (1977), «ожидание личной эффективности, мастерства отражается как на инициативе, так и на настойчивости в купирующем поведении. Сила убеждения человека в своей собственной эффективности дает надежду на успех». Убеждение в том, что подобных способностей не хватает (низкая самооффективность), может привести к такой вторичной оценке, которая определит событие как неподдающееся управлению и поэтому как стрессовое. Если на стрессор возможно повлиять объективно, то такая попытка будет адекватной копинговой реакцией. Если по объективным причинам индивид не может повлиять на ситуацию и изменить ее, то адекватным функциональным способом совладания является избегание. Если человек объективно не может ни избежать ситуации, ни повлиять на нее, то функционально адекватной копинговой реакцией является когнитивная переоценка ситуации, задача ей другого смысла.

Успешная адаптация возможна тогда, когда субъект в состоянии объективно и в полном объеме воспринимать стрессор. Методика предполагает четыре уровня оценок по указанным шкалам: высокий, средний, низкий и очень низкий.

Анализ результатов показал, что 40 (95,2 %) алкоголезависимых мужчин использует в своём коммуникативном функционировании стратегию избегания проблем (ответы удерживаются на высоком уровне). Что у них же не исключает «поиска социальной поддержки» – 36 (85,7 %) мужчин из опрошенных нуждаются в ней на среднем уровне. К активному «разрешению проблем» субъективно способны 32 человека (76,2 %) на среднем уровне и 10 (23,9 %) – на низком. Женщины, которые в стрессогенных ситуациях предпочитают использовать инструментальную социальную поддержку, нуждаются в эмоциональном одобрении со стороны других лиц, показывают высокий уровень в «поиске социальной поддержки» – 6 человек (60 %). Ответы, удерживающиеся на среднем уровне, выявлены у 4 человек (40 %), прочие варианты ответов отсутствуют.

Это понятно в силу большей зависимости женщин от мнений и оценок окружающих, в отсутствии которой у них возникают «регуляторные сбои». Это пассивное копинг-поведение, которое предполагает способом преодоления стресса использование различных механизмов психологических защит, которые направлены не на изменение стрессовой ситуации, а на редукцию эмоционального напряжения. Трансформация системы ценностных ориентаций и общей направленности личности с оскудением сферы смыслообразований обуславливает выбор стратегий.

Ценности, в той или иной степени обусловленные влечением к алкоголю, у наших пациентов выходят на первый план. Переживание одиночества и социальной бесполезности становится ведущим в оценке своего места в жизни. Пассивные способы избегания проблем, например, уход в болезнь или употребление алкоголя, наркотиков, могут совсем «увести» человека от решения проблем, используя и самый активный способ избегания – суицид. Вообще, стратегия избегания – одна из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного, псевдосовладающего поведения. Использование этой стратегии обусловлено недостаточностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем.

Направленная психологическая коррекция нарушений проблемно-решающего поведения улучшает поведенческие копинг-стратегии, преобладающими становятся такие типы поведения в проблемных ситуациях, как компромисс и сотрудничество; снижается уровень агрессивности и конфликтности, повышается показатель позитивной агрессии, уровень коммуникативной толерантности, а также снижается уровень социальной фрустрированности. Предложенная в 1998 г. Шенпфлюг с соавторами биокibernетическая модель копинга основывается на том, что среда и личность изменчивы, и это определяет обоюдное влияние их друг на друга, т. е. требования среды выражено влияют на личность, в то время как реакции личности влияют на среду. Согласно этой концепции, старые процессы регуляции перепрограммируются или начинается развитие новых регуляторных процессов, что может приводить к возникновению новых форм регуляции поведения. Это утверждение даёт надежду на возможность реадaptации или, возможно, адаптации зависимых от алкоголя больных людей, как мужчин, так и женщин. Исследования, проведенные в Японии, подтверждают заявления коллег, что активные копинг-стратегии, ориентированные на решение проблемы, ведут к ослаблению доминирующего болезненного влечения, уменьшению имеющейся симптоматики, тогда как избегание и другие копинг-стратегии, направленные на редукцию эмоционально-напряжения, приводят к усилению симптоматики.

Выводы. Различия в используемых стратегиях совладания определяют реализацию асоциального поведения, что сопряжено с применением пассивных и неконструктивных копинг-стратегий, которые являются поведенческим отражением нарушения опосредования и процессов произвольного контроля. Психокоррекционное обучение копинг-стратегиям позволяет больным поддерживать или восстанавливать контроль в неопределенных, конфликтных и стрессогенных ситуациях.

Исследование же совладающего поведения, как существенной составляющей адаптивного социального поведения, выступает в качестве одной из актуальных задач современной психологии, а развитие навыков саморегуляции – одной из важнейших целей воспитания и социализации. Изучение стратегий совладания, как факторов, обуславливающих эффективность лечения и психологической помощи, облегчает главную задачу в формировании установки на здоровый, трезвый образ жизни.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шишкина Ю. И., Березовская М. А.

**Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность. В настоящее время одним из важнейших направлений совершенствования психиатрической помощи является широкое внедрение принципов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в повседневную практику психиатрических учреждений. Это соответствует современному пониманию природы психических расстройств, учитывающему не только биологические, но и психологические, социальные и средовые факторы [1, 2].

Современные требования к оказанию помощи психически больным обусловлены, в первую очередь, переходом от медицинской (монодисциплинарной) к полипрофессиональной модели, основанной на биопсихосоциальном подходе, а также возрастающем понимании важности психосоциальной реабилитации как результата усилий специалистов.

По определению ВОЗ, психосоциальная реабилитация – это процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе [3]. Это постоянный, непрерывный процесс, включающий комплекс медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических и профессиональных мер. Таким образом, психосоциальная реабилитация психически больных – это всеобъемлющий процесс, направленный на восстановление и развитие разных сфер жизни человека. Результатом реабилитационных мер должно стать возвращение психически больного человека в общество.

Обсуждение результатов. В Красноярском краевом психоневрологическом диспансере № 1 проводится реорганизация оказания психиатрической помощи, связанная с широким внедрением психосоциальной реабилитации. В апреле 2011 г. на базе диспансера было открыто отделение психосоциальной реабилитации, в августе 2011 г. преобразованное в Центр психосоциальной реабилитации.

Любая достаточно длительная ситуация, связанная с существенным изменением образа жизни, приводит к необходимости реабилитационных мероприятий для возвращения человека к обычной жизни. Психическая болезнь является именно такой ситуацией.

Одним из реабилитационных направлений работы центра является культэстетотерапия – совокупность методов психосоциального воздействия через обращение к творческой сфере человека; она применяется как в индивидуальной, так и в групповой форме. Групповая форма культэстетотерапии применяется чаще и с большим эффектом. Её суть состоит в вовлечении пациента в процессы созерцания или созидания произведений творчества. В первом случае говорят о пассивной терапии, во втором – об активной. Главная цель пассивных методов, при которых пациент выступает в роли зрителя, слушателя – отвлечь, успокоить; реже – возбудить, воодушевить, вызвать эмоциональный подъем. Совместный просмотр или прослушивание произведений искусства облегчает межличностные контакты.

Активные способы эстетотерапии – это приёмы, при которых пациент сам участвует в исполнении произведения искусства: рисует, поёт, играет на музыкальных инструментах. Целью активных способов является развитие личности, активизация фантазии и творчества. Эти методы формируют у пациента самостоятельность, стимулируют творческую активность. Занятия в группах способствуют расширению контактов, уменьшают замкнутость и фиксирование на своих негативных переживаниях.

Преследуя цель улучшения активного социального функционирования, в центре психосоциальной реабилитации организованы кружки по интересам: творческие, развлекательно-познавательные.

В настоящее время успешно работают 4 творческих площадки. Занятия проводят специалисты по социальной работе и художественные руководители с опытом проведения групповой досуговой работы с пациентами в возрасте от 15 лет и старше, имеющими психические расстройства. Дети от 4 до 15 лет также вовлекаются в развлекательно-познавательные мероприятия.

Занятия на площадках «Хоровая студия», «Театральная студия», «Час Танца» позволяют пациентам готовиться к различным творческим мероприятиям – утренникам, концертам. Здесь же пишутся сценарии, проводятся репетиции для общебольничных мероприятий. На занятиях пациенты заучивают монологи, проигрывают сценки, разучивают танцевальные движения. В данных занятиях с наибольшей интенсивностью проявляется творчество самовыражения, что в значительной степени снижает самостигматизацию, улучшаются социальные и коммуникативные навыки.

Ежедневно на базе стационарных отделений специалистом по социальной работе проводятся занятия по направлениям: рисование, лепка, бисероплетение, аппликация. Работами пациентов оформляют стенды холлов стационара.

Регулярно, по мере информационного заполнения, обновляется настенная газета «Письмо другу». В ней пациенты сами пишут стихи, пожелания, поздравления, могут отражать свои замечания, переживания. Также специалистом предлагаются настольные игры: пазлы, мозаика, лото, бильярд. В игровом общении можно наблюдать все основные стороны жизни того или иного пациента, что позволяет понять степень адаптации человека, уровень и возможность его социального функционирования. Это необходимо для выработки определённого направления индивидуального подхода к пациенту.

Один раз в неделю в «Литературной гостиной» проходит обсуждение поэтических произведений, рассказов и других литературных произведений. Важной частью является самостоятельная подготовка пациентов к занятиям: чтение книг, собственные сочинения, стихотворения с последующим обсуждением.

Площадка «Киносеанс» работает 2 раза в месяц – проводится демонстрация фильмов, на которые приглашаются пациенты отделений (по списку, согласованному с лечащим врачом). Репертуар оговаривается совместно с психологом и врачом-психиатром.

Применение культуротерапии помогает стабилизировать состояние пациентов, продлить ремиссию и повысить качество жизни. Ведь известно, чем богаче духовный багаж человека, тем выше его психическая устойчивость и тем достойнее он переносит трагедию. Культура, искусство повышают иммунитет к стрессам. Праздничная гамма, которую несёт в себе искусство, является антитезой патологических эмоций.

Заключение. Таким образом, психосоциальная реабилитация должна рассматриваться как важная часть медицинской реабилитации, целью которой является сведение к минимуму функциональных по-

следствий и негативных влияний заболевания на жизнь пациента и его близких, рост уровня социального функционирования, улучшение качества жизни, снижение бремени для семьи.

Л и т е р а т у р а

1. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М. : Медпрактика-М, 2004. – 491 с.
2. Корень Е. В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 4. – С. 5—14.
3. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда // Доклад о состоянии здравоохранения в мире. – ВОЗ, 2001.

ФЕСТИВАЛЬ «МИР РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ» КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Шишкина Ю. И., Березовская М. А.

**Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия**

Актуальность. При лечении хронических психических заболеваний реабилитация становится тем звеном в общей структуре психиатрической помощи, которое необходимо для реализации комплексного вмешательства. Комплексный подход затрагивает разные стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения, позволяя задействовать сохранные стороны личности больных и создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за свое поведение.

Обсуждение результатов исследования. В КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» с 2011 г. работает отделение психосоциальной реабилитации. Одним из направлений реабилитационной работы с пациентами является культуротерапия, позволяющая стабилизировать состояние пациентов, продлить ремиссию и повысить ее качество. Даже при хронических психических заболеваниях она может вызывать целый ряд положительных эффектов благодаря активизации физических, психологических и социальных факторов, способствующих восстановлению нарушенных функций организма. Одним из реализованных проектов Красноярского центра психосоциальной реабилитации явился фестиваль вокально-хорового и пластического искусства «Мир равных возможностей», который состоялся в мае 2015 г. в Красноярском музыкальном театре.

В 2013 г., когда фестиваль только зарождался, практически никто не представлял себе, каким будет результат. Как собрать на одной сцене профессиональных актеров и людей, которые в силу жизненных обстоятельств и по здоровью ограничены в реализации своих способностей? И чтобы это выступление не вызывало скепсиса, надо было уйти от уровня самодеятельности и заявиться с настоящим профессиональным действием.

Понадобилось много сил и времени, чтобы доказать реальность задуманного. Все вместе – актеры, медицинские работники, пациенты – ежедневно, шаг за шагом, доказывали, что мир равных возможностей существует.

Фестиваль объединил 10 творческих коллективов из разных уголков Красноярского края, людей от 18 до 90 лет с различными группами инвалидности: по нервно-психическим заболеваниям, по зрению, по слуху, по возрасту – и дал им возможность выступить на профессиональной сцене для широкой аудитории. Проект стал единственным в Сибирском регионе, оказывающим реальную профессиональную поддержку одаренным людям с ограниченными возможностями, которым творческая самореализация дает шанс на реабилитацию, адаптацию в обществе и на повышение качества жизни. Ведь известно: чем богаче духовный багаж человека, тем выше его психическая устойчивость, тем достойнее он переносит жизненные невзгоды.

Послушать выступления, посмотреть постановки пришли жители края. Благодаря широкой зрительской аудитории творческие коллективы, в которые вошли люди с ограниченными возможностями здоровья, смогли выступить на профессиональной сцене.

В рамках фестиваля на большой сцене театра прошли спектакли «Летучий корабль» (при участии хора «Возрождение» ККПНД № 1, хора Дома-интерната № 2 для граждан пожилого возраста «Иван-да-Марья»), хора Всероссийского общества слепых «Озарение»), рок-опера «Юнона и Авось» (при участии коллектива «Поющие руки»), сказка для взрослых «Емелино счастье» (при участии Маганского психоневрологического интерната, Всероссийского общества инвалидов, коллектива «Иные» психоневрологического интерната ст. Тинская), мюзикл «Щелкунчик, или тайна ореха Кракатук» (при участии коллектива «Поймо-Тины» ККПНД № 1 и коллектива «Поющие руки»). Ключевым мероприятием фестиваля стала премьера музыкально-литературной композиции «Там, где нет войны». Актеры Красноярского музыкального театра и подопечные Канского психоневрологического диспансера представили зрителям военно-фантастический спектакль о трагедии огромной страны и безмятежном будущем, в котором забы-

ты все беды. 3D-эффекты, игра со светом и тенью сотворили атмосферу внеземной цивилизации, а архивные военные видеозаписи напомнили о горе, коснувшемся каждой российской семьи.

На заключительном концерте фестиваля свои номера представили все коллективы-участники фестиваля в творческом союзе с артистами театра. Финальный концерт начался с приветствий директора театра Натальи Русановой и митрополита Красноярского и Ачинского Пантелеймона. Такие проекты имеют важную социокультурную составляющую: «Мы должны всеми силами души помогать таким людям в реализации творческих способностей. Это важно, прежде всего, самому обществу, потому что именно помощь и содействие являются мерилом нашей нравственности».

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Шкляев А. Е., Валиева Р. А., Галялиева Л. А.

ГБОУ ВПО Ижевская ГМА Минздрава России», Ижевск, Россия

Актуальность проблемы. Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре смертности населения Российской Федерации, ухудшая демографическую ситуацию в стране и представляя угрозу национальной безопасности. В Удмуртской Республике общая заболеваемость патологией сердца и сосудов в 2013 г. составила 255,2 на 1000 взрослого населения, в том числе 102,6 на 1000 человек – артериальные гипертензии и 47,0 на 1000 человек – ишемическая болезнь сердца. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимает первое место в структуре общей летальности взрослого населения, составляя 605,5 на 100 тысяч населения. Следует отметить, что кардиологическая патология характеризуется высокой распространенностью депрессивных состояний. Депрессия, оказывая прямое патофизиологическое влияние на функциональное состояние сердца и сосудов, приводит к развитию опасных для жизни клинических проявлений ишемической болезни сердца, повышает тонус периферических сосудов. Имеется и опосредованное влияние, связанное с изменением поведенческих реакций, усугубляющих действие других факторов риска, а также снижающих приверженность таких пациентов назначенной терапии. В целом стресс, тревога и депрессия значительно отягощают клиническое течение кардиологической патологии, неблагоприятно влияют на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний, повышая риск неблагоприятного исхода.

Цель исследования: уточнить особенности психоэмоционального статуса пациентов, страдающих стабильной стенокардией и гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 пациентов в возрасте $62,0 \pm 11,9$ года, которые были разделены на две группы. Первая группа включала 15 больных со стабильной стенокардией I-III функциональных классов (11 женщин и 4 мужчины в возрасте $68,4 \pm 10,6$ года). Во вторую группу вошло 15 пациентов с гипертонической болезнью I-III стадии (10 женщин и 5 мужчин в возрасте $56,4 \pm 12,5$ года). Индекс массы тела больных первой группы составил $31,5 \pm 4,0$ кг/м², второй группы – $30,3 \pm 2,5$ кг/м², пульс – $73,2 \pm 2,9$ и $75,0 \pm 2,0$ ударов в минуту, систолическое АД – $144,3 \pm 4,1$ и $163,6 \pm 7,0$ мм рт. ст., диастолическое АД – $87,0 \pm 2,9$ и $96,9 \pm 4,9$ мм рт. ст.

Пациентов обследованных групп сравнили по психоэмоциональному статусу, включавшему определение уровня тревожности (тест Спилбергера-Ханина), депрессивных состояний (тест Цунга), стрессоустойчивости и социальной адаптации (тест Холмса и Раге). Результаты клиничко-лабораторных данных пациентов сопоставили с показателями психоэмоционального статуса методом корреляционного анализа. Все больные получали стандартную антигипертензивную и антиангинозную терапию, метаболические корректоры в соответствии с индивидуальными показаниями. Средняя продолжительность лечения составила $14,4 \pm 1,3$ дня.

Полученные результаты. Тест на стрессоустойчивость и социальную адаптацию Холмса и Раге позволил выявить следующие данные. В группе пациентов со стабильной стенокардией высокий уровень стрессоустойчивости был выявлен у 5 (33,4 %) из 15 обследованных, средний уровень – у 4 (26,6 %), низкий уровень – у 6 респондентов (40 %). В группе пациентов с гипертонической болезнью высокий уровень стрессоустойчивости отмечен у 12 (80 %) из 15 опрошенных, средний уровень – у 1 (6,7 %), низкий уровень – у 2 (13,3 %).

По результатам теста Цунга (оценка депрессивных состояний) в группе больных со стабильной стенокардией депрессия отсутствовала у 12 (80 %) из 15 обследованных, легкая тяжесть депрессии зафиксирована у 2 (13,4 %), средняя тяжесть депрессии – у 1 (6,6 %). В группе пациентов с гипертонической болезнью депрессия отсутствовала у 13 (86,7 %) из 15 обследованных, легкая форма депрессии выявлена у 2 (13,3 %).

Тест Спилбергера-Ханина для определения уровня тревожности выявил следующие данные. Ситуативная тревожность в группе больных стабильной стенокардией была очень высокой у 1 (6,7 %) из 15,

высокой – у 1 (6,7 %), средней – у 8 (53,4 %), низкой – у 4 (26,6 %), очень низкой – у 1 (6,6 %). В группе пациентов с гипертонической болезнью средняя ситуативная тревожность отмечена у 11 (73,4 %) из 15 больных, низкая – у 4 (26,6 %). Личностная тревожность у пациентов со стабильной стенокардией оказалась очень высокой у 1 (6,7 %) из 15 обследованных, высокой – у 1 (6,7 %), средней – у 10 (66,6 %), низкой – у 3 (20 %). У пациентов с гипертонической болезнью личностная тревожность была средней у 10 (66,6 %) из 15 обследованных, низкой – у 5 (33,4 %).

При корреляционном анализе отдельных клинико-лабораторных показателей у пациентов с гипертонической болезнью были выявлены следующие связи уровня АД: прямая зависимость средней силы с индексом массы тела (коэффициент корреляции 0,45), прямая зависимость средней силы с содержанием лейкоцитов в периферической крови (0,5), обратная зависимость средней силы с уровнем общего белка (-0,48) и концентрацией общего холестерина в крови (-0,3). Полученные величины коэффициента корреляции отражают вклад отдельных метаболических факторов в формирование гипертонической болезни. Кроме того, выявлена прямая зависимость средней силы между содержанием общего холестерина в крови и возрастом (0,46), уровнем лейкоцитов (0,43). Закономерно были обнаружены прямая зависимость средней силы между концентрациями гемоглобина и эритроцитов (0,47), обратная зависимость средней силы между содержанием эритроцитов и скоростью оседания эритроцитов (-0,34).

Анализ взаимоотношений клинико-лабораторных данных и показателей психологического статуса позволил констатировать следующие взаимосвязи. Прямая зависимость средней силы между уровнем АД и стрессоустойчивостью (0,35) была выявлена в группе пациентов с гипертонической болезнью, обратная зависимость средней силы между данными показателями (-0,3) – в группе больных стабильной стенокардией. Прямая зависимость средней силы отмечена между концентрацией глюкозы в венозной крови и стрессоустойчивостью в обеих группах (0,41 – у пациентов с гипертонической болезнью, 0,44 – у пациентов со стабильной стенокардией), что, очевидно, объясняется контринсулярным действием гормонов стресса, играющих важную роль в становлении и формировании как артериальной гипертензии, так и ишемической болезни сердца. Также установлено наличие обратной зависимости средней силы между содержанием фибриногена и выраженностью депрессии (-0,6) в группе пациентов с гипертонической болезнью и прямой зависимости средней силы (0,3) в группе больных со стабильной стенокардией.

Заключение. При сравнительной оценке психоэмоционального статуса больных, страдающих стабильной стенокардией и гипертонической болезнью, выявлены следующие закономерности.

Большинство пациентов со стабильной стенокардией (40 %) характеризуются низкой стрессоустойчивости, лишь у 33 % обследованных выявлен высокий уровень стрессоустойчивости. Для пациентов с гипертонической болезнью преобладающей является высокая стрессоустойчивость (80 %).

Показано, что депрессия отсутствует у большей части обследованных в обеих группах (у 80 % больных стабильной стенокардии и 86 % пациентов с гипертонической болезнью). Выраженность ситуативной тревожности у большей части пациентов обеих групп оказалась средней степени (у 53 % и 73 % соответственно). Однако по 1 (6,7 %) пациенту со стабильной стенокардией имели очень высокую и высокую ситуативную тревожность, частота низкой тревожности была одинакова в обеих группах (26 %). Уровень личностной тревожности чаще был средним (по 66,6 % в обеих группах). При этом по 1 (6,7 %) пациенту со стабильной стенокардией имели очень высокий и высокий уровень личностной тревожности. Тогда как среди пациентов с гипертонической болезнью все оставшиеся 33,4 % пациентов имели низкий уровень тревожности.

Полученные результаты демонстрируют определенные различия в психоэмоциональном статусе пациентов, страдающих стабильной стенокардией и гипертонической болезнью. Для больных со стабильной стенокардией более характерными оказались низкий уровень стрессоустойчивости в сочетании с высоким уровнем тревожности (как ситуативной, так и личностной), чем для пациентов с гипертонической болезнью. Очевидно, выявленные различия психоэмоционального статуса обследованных групп пациентов взаимосвязаны с нозологическими особенностями изученных заболеваний, преморбидными личностными характеристиками и возрастом пациентов, а также со стажем болезни.

Результаты настоящего исследования необходимо учитывать при разработке программ лечения и реабилитации больных с патологией сердечно-сосудистой системы.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД КАК СРЕДСТВО ДЕТАЛИЗАЦИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шкляев А. Е., Мухаметова А. И.

ГБОУ ВПО Ижевская ГМА Минздрава России», Ижевск, Россия

Актуальность исследования. В Российской Федерации, так же как и во всем мире, наблюдается интенсивный рост заболеваемости хроническим панкреатитом, связанный с увеличением потребления алкоголя, панкреатотоксичных препаратов и ухудшением качества питания. При этом у абсолютного большинства пациентов, страдающих патологией желудочно-кишечного тракта, отмечаются различные психопатологические нарушения. Развивающиеся у больных тревожные и депрессивные расстройства имеют тенденцию к прогрессированию, ухудшают течение основного заболевания, затрудняют постановку соматического диагноза, а также существенно снижают качество жизни. Большое значение для развития психопатологических нарушений имеет преморбидное состояние личности, которое проявляется психической дезадаптацией и крайне неблагоприятно влияет на течение хронического заболевания, отношение больного к врачебным рекомендациям и его приверженность к лечению. В настоящее время хронический панкреатит рассматривается как системное гастроэнтерологическое заболевание, в развитии которого принимают участие не только алиментарные, но и наследственно-конституциональные, психосоциальные и психосоматические механизмы.

Учитывая общемировую тенденцию к росту заболеваемости хроническим панкреатитом и характерную для гастроэнтерологических заболеваний высокую частоту психопатологических расстройств, требуется детализация данной соматической патологии с психологических позиций. Экспериментально-психологический метод является одним из основных методов исследования в психиатрии и относится к области экспериментальной патопсихологии, так как предполагает создание условий, выявляющих те или иные особенности психической деятельности человека.

Цель работы: оценить психологический статус больных хроническим панкреатитом в фазе обострения с помощью экспериментально-психологического метода.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР».

Обследовано 10 пациентов (7 женщин, 3 мужчин) с диагнозом «Хронический билиарнозависимый панкреатит в фазе обострения», средний возраст составил $49,3 \pm 2,58$ года.

Критериями включения в исследование явились: возраст от 18 до 65 лет, установленный диагноз хронического панкреатита.

Критерии исключения: возраст старше 65 лет, наличие инфекционных заболеваний в острой фазе и психических заболеваний с психотическими проявлениями.

В ходе исследования были применены клинический и экспериментально-психологический методы. Клинический метод включал в себя сбор анамнеза, физикальное, лабораторные и инструментальные исследования. Экспериментально-психологический метод заключался в выявлении признаков депрессивного синдрома по шкале Цунга, определении степени выраженности личностной и реактивной тревожности по тесту Спилбергера-Ханина, оценке типа личности по шкале алекситимии (Торонтская алекситимическая шкала), определении индекса качества жизни по опроснику GIQLI. Все пациенты получали стандартную терапию хронического панкреатита: лечебное питание, антисекреторные и ферментные препараты, спазмолитики. Курс лечения составлял от 13 до 18 дней.

Статистическая обработка проводилась с определением средних величин (M), стандартной ошибки ($\pm m$), коэффициента Стьюдента (t).

Результаты и обсуждение. Клиническая картина обострения хронического панкреатита у обследованных пациентов была типична. Основными жалобами являлись абдоминальная боль и наличие диспептических симптомов. При физикальном исследовании у всех пациентов выявлена болезненность в зоне Шоффара. Слаболожительные симптомы Ортнера и Захарьина отмечены у 1 пациента. Средний уровень амилазы в крови составил $73,8 \pm 18,2$ Ед/л, липазы – $42,5 \pm 5,6$ Ед/л. При копрологическом исследовании выявлены симптомы внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. По данным ультразвукового исследования размер головки поджелудочной железы составил $2,41 \pm 0,24$ см, тела – $1,32 \pm 0,97$ см, хвоста – $1,63 \pm 0,14$ см, зафиксированы характерные для хронического панкреатита диффузные изменения в паренхиме железы. В процессе проводимого лечения наблюдалось уменьшение выраженности клинической симптоматики, положительная динамика лабораторных показателей.

Уровень выраженности депрессивного синдрома ($45,0 \pm 2,7$), оцененный по шкале Цунга, находился на верхней границе нормативных величин (до 50,0), в процессе лечения он несколько увеличился (до $47,8 \pm 4,8$), что, очевидно, связано с длительным рецидивирующим те-

чением основного заболевания, несмотря на проводимую терапию. Среднее значение личностной и реактивной тревожности у обследованных пациентов соответствовало высокому уровню ($67,3 \pm 4,2$ и $70,7 \pm 6,63$ соответственно, при норме до 30,0). К окончанию курса терапии данные показатели продемонстрировали незначительную тенденцию к снижению (до $64,8 \pm 12,4$ и $70,6 \pm 12,9$, соответственно). Личностная тревожность, связанная с генетически детерминированными свойствами центральной нервной системы, обуславливает постоянно повышенный уровень эмоционального возбуждения. Ее высокий уровень наряду с повышением ситуационной тревожности, вызываемой у больных хроническим панкреатитом абдоминальным болевым и диспепсическим синдромами, приводит к усугублению психологических проявлений соматического заболевания.

Выявленный уровень алекситимии ($65,11 \pm 3,7$ при норме до 62,0) соответствовал «промежуточному» типу личности и практически не изменился за время лечения ($65,4 \pm 3,3$). Довольно высокий уровень алекситимии отражает психологическую характеристику обследованных пациентов, проявляющуюся затруднением или полной неспособностью точно описать собственные эмоциональные переживания, трудностью определения различий между чувствами и телесными ощущениями. Развитие алекситимии у больных, страдающих хроническим панкреатитом, можно рассматривать как одну из последовательных приспособительных реакций на тревогу, а также как фактор, предопределяющий дальнейшее усугубление ее соматизации.

В целом, несмотря на положительную динамику соматических симптомов в процессе проводимой терапии, степень выраженности проявлений тревожно-депрессивного синдрома существенно не изменилась.

Качество жизни обследованных пациентов по шкале специфического для патологии органов пищеварения опросника GIQLI не претерпело существенной динамики в процессе проводимой терапии и составило до лечения $76,16 \pm 7,2$, после лечения — $80,13 \pm 5,4$ ($t=0,55$), в то время как теоретический максимум индекса качества жизни по данной шкале составляет 144,0.

Заключение. Результаты экспериментально-психологического исследования показывают, что для больных хроническим панкреатитом в фазе обострения характерны признаки тревожно-депрессивного синдрома, в частности высокий уровень личностной и ситуационной тревожности и умеренно выраженная алекситимия. Выявленные при патологии поджелудочной железы психопатологические феномены ассоциированы со снижением качества жизни с учетом основных гастроэнтерологических проявлений заболевания.

Однако купирование клинической симптоматики обострения хронического панкреатита не сопровождается существенной динамикой психологического статуса пациента и не влечет за собой статистически значимого повышения качества жизни. Очевидно, что экспериментально-психологическое исследование позволяет более полно представить индивидуальный портрет заболевания у конкретного пациента. Для определения причинно-следственных взаимоотношений психопатологических феноменов и соматического заболевания, а также своевременной коррекции выявленных нарушений в психологическом статусе пациентов с хроническим панкреатитом требуется продолжение исследований в данном направлении.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТЕКУЩЕГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Яковлева А. Л., Симуткин Г. Г.

НИИ психического здоровья, Томск, Россия

Актуальность исследования. Имеющиеся к настоящему времени метааналитические обзоры, посвященные влиянию коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) на основные клиничко-динамические характеристики АР (возраст к началу АР, тяжесть аффективной симптоматики, скорость становления ремиссии, частота рецидивов и суицидальное поведение), эффективность медикаментозного и психотерапевтического лечения, а также долгосрочный прогноз и характеристики социальной адаптации, носят противоречивый характер.

С одной стороны, существуют исследования, которые подтверждают факт негативного влияния такого рода коморбидности на вышеуказанные параметры как в случае униполярных, так и биполярных АР (Ваксман А. В. и др., 2013; Friberg O. et al., 2014; Jylhä P. et al., 2016). При этом в ряде работ указывается, что коморбидные РЛ и отдельные дисфункциональные черты личности снижают эффективность медикаментозного и психотерапевтического лечения АР, создают трудности рабочего альянса с пациентом и повышают риск преждевременного прерывания терапии (Diguier L. et al., 1993; Grilo C. M. et al., 2010).

С другой стороны, в ряде работ (Kool S. et al., 2005) отмечается, что наличие коморбидного РЛ не оказывает существенного клинического влияния на АР, в частности на эффективность антидепрессивной терапии (особенно при краткосрочной оценке).

В исследовании J. C. Levenson et al. (2012) указывается, что личностная патология не является модератором эффекта терапии АР. Таким образом, в настоящее время вопрос наиболее эффективных психофармакологических и психотерапевтических стратегий при коморбидности аффективных и личностных расстройств остается недостаточно изученным (Смулевич А. Б., 2007; Краснов В. Н., 2011; Романов Д. В., 2013; Crawford M. J. et al., 2008; Abbass A. et al., 2011).

Цель исследования заключалась в оценке эффективности проводимой фармакотерапии текущего депрессивного эпизода у пациентов в случае коморбидности АР и РЛ по сравнению с пациентами без указанной коморбидности.

Материал и методы. В исследование было включено 120 пациентов (80 женщин в возрасте $44,4 \pm 10,2$ года и 40 мужчин в возрасте $40,6 \pm 11,0$ года) с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках единственного ДЭ – 42 человека, рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) – 39 человек и биполярного аффективного расстройства (БАР) – 39 человек.

Общая группа пациентов была разделена на основную группу, включавшую 60 человек, из них 38 женщин (63,3 %), 22 мужчины (36,7 %), которая состояла из пациентов с АР, коморбидными с РЛ. В группу сравнения отнесено 60 пациентов: 42 женщины (70 %), 18 мужчин (30 %) с АР без коморбидного РЛ.

Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре ($p > 0,05$). РЛ в основной группе были представлены в 85 % ($n=51$) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 6,7 % ($n=4$) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 8,3 % ($n=5$) – истерическое расстройство личности (F60.4).

В исследуемых группах была проведена сравнительная оценка динамики тяжести депрессии в процессе фармакотерапии (на 0-й, 14-й и 28-й дни) с помощью сокращенной версии шкалы SIGH-SAD (Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version, Williams J. et al., 1992), включающей в себя 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов по оценке атипичных депрессивных симптомов.

Кроме того, была проведена оценка тяжести расстройства до начала лечения, на 14-й и 28-й дни фармакотерапии при помощи шкалы CGI-S, а также оценка улучшения психического состояния по шкале CGI-I на 14-й и 28-й дни фармакотерапии.

Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v. 8.0.

Полученные результаты исследования. В большинстве случаев ($p < 0,05$) в качестве базисной антидепрессивной терапии пациенты основной группы и группы сравнения получали антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (56,6 % и 61,6 % соответственно). В основной группе чаще использовались антидепрессанты двойного действия: ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина – ИОЗСН (соответственно 16,6 % и 5 %, $p < 0,05$). В ходе терапии текущего ДЭ, как правило, использовалась комбинированная терапия (статистически чаще в основной группе, чем в группе сравнения, соответственно 96,8 % и 86,7 %, $p < 0,05$). При межгрупповом сравнении статистически значимо в основной группе более часто, чем в группе сравнения, назначалась комбинированная терапия в виде сочетания антидепрессанта, нормотимика и атипичного нейролептика (соответственно в 30,0 % и 13,3 % случаев, $p < 0,001$).

При оценке тяжести текущего депрессивного эпизода средний суммарный балл по шкале SIGH-SAD до начала терапии составил в основной группе $31,2 \pm 8,2$ балла, а в группе сравнения – $25,2 \pm 7,5$ балла ($p < 0,001$), по шкале CGI-S: $4,4 \pm 0,7$ и $4,2 \pm 0,5$ балла соответственно, $p < 0,05$, что указывает на большую тяжесть текущего депрессивного эпизода в группе пациентов с коморбидным РЛ. Статистически значимая ($p < 0,001$) редукция степени тяжести текущего ДЭ (включая типичные и атипичные депрессивные симптомы), оцененная по шкале SIGH-SAD, фиксировалась уже на 2-й неделю терапии в обеих группах, но к 14-му и 28-му дням фармакотерапии в основной группе пациентов сохранялась более выраженная тяжесть депрессии, чем в группе сравнения (соответственно к 14-му дню терапии: $20,9 \pm 6,6$ и $15,7 \pm 6,7$ балла, $p < 0,001$, к 28-му дню терапии: $10,7 \pm 3,8$ и $7,6 \pm 3,4$ балла, $p < 0,05$).

Межгрупповая оценка тяжести психических расстройств по шкале CGI-S к 14-му и 28-му дням терапии выявила статистически значимую ($p < 0,001$) большую выраженность тяжести заболевания у пациентов основной группы, чем в группе сравнения (соответственно к 14-му дню терапии: $3,8 \pm 0,6$ и $3,2 \pm 0,5$ балла, к 28-му дню терапии: $3,3 \pm 0,7$ и $2,4 \pm 0,6$ балла). Согласно полученным данным оценки степени улучшения психического состояния по шкале CGI-I, к 14-му и 28-му дням фармакотерапии также были выявлены статистические различия в соответствующих показателях у пациентов исследуемых групп (соответственно к 14-му дню терапии: $3,5 \pm 0,8$ и $2,5 \pm 0,7$ балла, $p < 0,001$, к 28-му дню терапии: $2,5 \pm 0,6$ и $1,7 \pm 0,7$ балла, $p < 0,001$), что свидетельствует о том, что степень улучшения психического состояния в ходе проводимой терапии была хуже в основной группе, чем в группе сравнения.

Заключение и выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что наличие РЛ обуславливает большую тяжесть текущего ДЭ, большую выраженность как типичных, так и атипичных депрессивных симптомов. Полученные данные указывают на то, что в случае коморбидности АР и РЛ по сравнению с пациентами, страдающими только АР, чаще возникает необходимость применения комбинированной психофармакотерапии, отмечается более медленная редукция депрессивных симптомов в ходе проводимой фармакотерапии. В целом коморбидность АР с РЛ определяет дополнительные сложности в отношении выбора оптимального вида и алгоритма лечения в случае текущего ДЭ, учитывающего наличие данной коморбидности, что требует дальнейших клинических исследований.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ярославская М. А.

ГБУЗ «ПКБ имени Ю. В. Каннабиха ДЗМ», Москва, Россия

Актуальность. Эпилепсия в силу своей распространенности и значимости в прогностическом плане является важной медицинской проблемой. Клинические проявления болезни представлены, с одной стороны – разнообразными пароксизмальными расстройствами, которые могут выражаться в различных припадках и их психических эквивалентах, внезапным появлением тех или иных симптомов, с другой – нарастающими изменениями в личности. Заболевание имеет значительные психологические и социальные последствия для больных, что обуславливает внимание специалистов различных областей медицины и психологии, а также необходимость разработки комплексного медико-психологического подхода в лечении и реабилитации. В связи с вышеизложенными фактами становится крайне важным изучение способов и ресурсов совладающего с болезнью поведения как психологических феноменов адаптации (дезадаптации) у больных эпилепсией. Важно определить эти способы, так как некоторые из них опасны и саморазрушительны для пациента, а другие помогают ему успешно совладать со сложным заболеванием. Категоризация способов совладания с болезнью может существенно расширить теоретические представления о психологических феноменах адаптации к ситуации заболевания, стать полезной основой для дальнейших научных разработок в области психологии совладающего поведения, а также позволит учи-

тывать их при оказании специализированной медико-психологической помощи и реализовать на практике индивидуальный подход к лечению.

Цель исследования – изучение особенностей совладающего с болезнью поведения больных эпилепсией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 25 человек в возрасте от 22 до 52 лет (средний возраст – 46,4±5,12 года) с диагнозом «эпилепсия» (G40) по МКБ-10. Больные находились на лечении в ГБУЗ «ПКБ имени Ю. В. Каннабиха ДЗМ».

Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялись опросник «Копинг поведения в стрессовых ситуациях» (Эндлер Н. С., Паркер Д. А., 1990; адаптированный вариант Т. Л. Крюковой), копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R. S Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под руководством Л. И. Вассермана), методика «Проактивное совладающее поведение» (Aspinwall L. G., Schwarzer R., Taubert S., 1999, адаптация Е. С. Старченковой в модификации В. М. Ялтонского [2009]).

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что больные эпилепсией при возникновении проблемных и стрессовых ситуаций, в частности заболеваний, склонны к чрезмерному использованию эмоционально-ориентированных стратегий. У пациентов выявляются инфантильность, эмоциональная неустойчивость, склонность к аффективным вспышкам, фиксация на собственных чувствах, переживание негативных эмоций, уход от решения проблем, стремление перекладывать ответственность и вину за состояние здоровья, свои поступки на ближайшее окружение. Редкое обращение к проблемно-ориентированным копинг-стратегиям приводит к недостаточно развитым навыкам самостоятельного решения трудностей, целеполагания, рассмотрения вариантов разрешения конфликтных или затруднительных ситуаций.

Выводы. У больных эпилепсией наблюдается несбалансированность функционирования эмоционально-ориентированных и проблемно-ориентированных стратегий совладающего поведения. Чрезмерное обращение к эмоционально-ориентированным стратегиям и редкое использование проблемно-ориентированных копингов может приводить к ограничению средств по решению затруднительных и стрессовых ситуаций, тем самым повышая риск развития дезадаптивного реагирования больного в проблемной обстановке. Полученные результаты исследования могут учитываться при разработке медико-психологических разделов программ лечения и реабилитации больных эпилепсией.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ярославская М. А.

ГБУЗ «ПКБ имени Ю. В. Каннабиха ДЗМ», Москва, Россия

Цель исследования – изучить особенности восприятия социальной поддержки у больных эпилепсией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 25 человек в возрасте от 22 до 52 лет, средний возраст составил $46,4 \pm 5,12$ года с диагнозом «эпилепсия» (G40) по МКБ-10. Больные находились на лечении в ГБУЗ «ПКБ имени Ю. В. Каннабиха ДЗМ».

Для изучения видов социальной поддержки, уровня субъективного ощущения одиночества и степени выраженности чувства социальной изоляции применялись: The UCLA Loneliness Scale – «Шкала одиночества» Russell, Peplau, Ferguson [1996], опросник социальной поддержки F-SOZU-22 (Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Петрова Г. А., 2003; Sommer G., Fydrich T., 1993), психодиагностическая методика «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» («MSPSS») (Сирота Н. А., Ялтонский В. М., 1994; Zimet D., 1988).

Результаты исследования и их обсуждение. Больные эпилепсией определяют недостаточность своих социальных связей, отрицая их наличие либо отмечая их количественную скудность. У пациентов, страдающих эпилепсией, наблюдается высокий уровень субъективного ощущения одиночества, низкая степень социальной интеграции. Больные эпилепсией отмечают дефицит заботы, внимания, эмоциональной вовлеченности со стороны ближайшего окружения, испытывают выраженные трудности в построении и укреплении доверительных внутрисемейных отношений, в меньшей степени ощущают любовь, уважение, важность собственной личности для ближайших родственников.

Выводы. У больных эпилепсией отмечается высокий уровень дистресса. Больные эпилепсией испытывают в выраженной степени чувство социальной изоляции. У больных эпилепсией обнаруживается нарушение коммуникативных навыков.

Содержание

Александрова Н. В., Сергиенко Е. И., Емельянова Е. Ю., Рубцова Ю. Д., Хомякова С. А. (Омск) ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ ПОДРОСТКОВ ПОСРЕДСТВОМ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНТНОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ СРЕДЫ	5
Арапиев Ю. У., Уманский А. В. (Красноярск) КОМПЕТЕНЦИИ В СЕМЬЯХ С ИДЕНТИФИЦИРОВАННЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТОМ. ВЕРБАЛЬНЫЕ И НЕВЕРБАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	7
Арапиев Ю. У., Уманский А. В. (Красноярск) ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЕЙ С ИДЕНТИФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТОМ В РАМКАХ СИСТЕМО-СТРАТЕГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ КИБЕРНЕТИКИ ПЕРВОГО ПОРЯДКА	9
Артемьев И. А., Владимирова С. В. (Томск) КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В РЕГИОНАХ СИБИРИ	10
Бабарахимова С. Б. (Ташкент, Узбекистан) АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА	12
Бартош Т. П. (Магадан) ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ СТАРШЕКЛАССНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ	16
Березовская М. А., Шишкина Ю. И. (Красноярск) РАБОТА ШКОЛЫ РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В КРАСНОЯРСКОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ	20
Бурдалова А. Г., Бархатов А. В., Логинова И. О. (Красноярск) СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	22
Важенин М. М., Григорьева И. В., Лагутик Е. Н. (Минск, Республика Беларусь) АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	24
Важенин М. М., Григорьева И. В., Лагутик Е. Н. (Минск, Республика Беларусь) ПРОВЕДЕНИЕ ПИСЬМЕННОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР	27
Васильева С. Н., Симуткин Г. Г., Смирнова Н. С. (Томск) НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ	33
Васильева Ю. Е., Лисняк М. А. (Красноярск) ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ	34
Вишнякова Н. Н. (Красноярск) НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	38

Гершенович Г. М., Петров А. С. (Красноярск) ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕВОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ № 1	42
Григорьева И. В., Докукина Т. В., Хлебкозавов Ф. П., Махров М. В. (Минск, Республика Беларусь) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	45
Григорьева И. В., Кралько А. А. (Минск, Республика Беларусь) АКТУАЛЬНОСТЬ ТРУДОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ	48
Даренский И. Д. (Москва) ПЕРВИЧНЫЕ АДДИКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ	51
Дмитриев А. И. (Красноярск) ЗАЩИТА ИМУЩЕСТВЕННЫХ ПРАВ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	54
Дралюк Н. М., Сумароков А. А. (Красноярск) СИНТЕТИЧЕСКИЕ АМФЕТАМИНЫ (КАТИНОНЫ): МЕТИЛЕНДИОКСИПИРОВАЛЕРОН И ПИРРОЛИДИНОВАЛЕРОФЕНОН. ОСОБЕННОСТИ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ И КЛИНИКА ОСЛОЖНЕНИЙ	57
Дубровская О. А., Семенова Н. Б., Вайгель Ю. С., Усакова Е. Н. (Красноярск) НЕЙРОКОГНИТИВНАЯ РЕМЕДИАЦИЯ КАК МЕТОД ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	60
Думлер Д. А., Стоянова Е. И. (Красноярск) АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ	62
Егорова Г. Н. (Красноярск) КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ЗАЙКАЮЩИМИСЯ ШКОЛЬНИКАМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	66
Злацкая О. В. (Красноярск) ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ В КГБУЗ ККПНД № 1 ...	68
Злобина Д. С., Стоянова Е. И. (Красноярск) ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОСИНТЕЗА В РАБОТЕ СО СМЫСЛОВОЙ СФЕРОЙ ЛИЧНОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА	72
Иванова М. А., Колкова С. М. (Красноярск) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ И ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ	76
Искандарова Ж. М. (Ташкент, Узбекистан) КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВЫХ ДИСМОРФОФОБИЙ	79

Коробицина Т. В., Березовская М. А., Жижко Е. В., Хохлова М. М. (Красноярск) СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	82
Кралько А. А., Зиматкина О. С., Григорьева И. В. (Минск, Республика Беларусь) ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, НАХОДЯЩИХСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ЛЕЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	85
Кралько А. А., Осипчик С. И. (Минск, Республика Беларусь) АНАЛИЗ ПОТЕРЬ ЭКОНОМИКИ, СВЯЗАННЫХ С ПЬЯНСТВОМ И АЛКОГОЛИЗМОМ НАСЕЛЕНИЯ	88
Кучаева А. В., Семенихин Д. Г., Михайлова Е. Б. (Казань, Республика Татарстан) ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ	91
Лазарева Ю. В. (Красноярск) КОРРЕКЦИОННЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА С ЦЕЛЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНЫХ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ	93
Лебедева Е. В., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Сергиенко Т. Н., Нонка Т. Г., Репин А. Н. (Томск) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ИБС	99
Левина И. Л. (Новокузнецк) УРОВЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЙОНА ИХ ПРОЖИВАНИЯ	104
Лисняк М. А. (Красноярск) НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	107
Лукьянова Е. В., Лебедева В. Ф. (Томск) ОРИЕНТИРЫ В ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИСТЕРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	110
Максимова И. В. (Красноярск) КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ БОЛЬШОЙ СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК	114
Мартусенко А. В., Наджарьян А. И., Павленко Е. А. (Краснодар) РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ	116
Музафарова А. Ф., Семенова Н. Б., Щеглова Ю. Н. (Красноярск) ГРУППОВЫЕ ТРЕНИНГИ КОГНИТИВНОЙ РЕМЕДИАЦИИ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	118

Мыльникова Ю. А., Александрова В. А., Савенков А. А. (Краснодар) СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СКЛОННОСТИ К ОТКЛОНЯЮЩЕМУСЯ ПОВЕДЕНИЮ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ	121
Наджарьян А. И., Елисеенко Н. А., Мартусенко А. В. (Краснодар) РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ШКОЛЬНУЮ УСПЕВАЕМОСТЬ ...	123
Находкин Е. Г., Коробицина Т. В. (Красноярск) КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО-КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСУЖДЕННЫХ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ И КАННАБИНОИДОВ	126
Патрикеева О. Н., Овчинников А. А., Соловьева И. Г. (Новосибирск) ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ	128
Пичугина Ю. А. (Красноярск) РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АУТИСТИЧЕСКИХ ЧЕРТ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	131
Пичугина Ю. А., Березовская М. А. (Красноярск) КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	133
Попенко Н. В. (Красноярск) РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	137
Порошин Ю. Г., Морозов А. А. (Краснодар) СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В МУЖСКОЕ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	139
Пронина Л. А. (Москва) СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ ЧИСЛА ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ 0–17 ЛЕТ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2010 – 2014 ГГ.	141
Путкова А., Лисняк М. А. (Красноярск) ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ	143
Рассказова Н. В., Колкова С. М. (Красноярск) САМООТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	147
Расторгуев А. Г., Кокорина Е. С., Задарновская Г. Л. (Иркутск) ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР	149
Рябова А. Д. (Томск) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ПЕРВЕРСИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ПАРТНЕРСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ИНТИМНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЕ	152

Сацук Д. В., Колкова С. М. (Красноярск) ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У СТУДЕНТОВ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ФРУСТРИРОВАННОСТИ	155
Семенова Н. Б., Вайгель Ю. С., Дубровская О. А. (Красноярск) ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕНИНГОВ КОГНИТИВНОЙ РЕМЕДИАЦИИ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА	157
Сенченко Г. В., Ефимова Е. А., Парубцова Т. С. (Красноярск) ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПСИХОЛОГА	160
Стоянова И. Я., Шухлова Ю. А. (Томск) НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ СТУДЕНТОВ В АСПЕКТЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ	163
Токмакова Л. Н. (Красноярск) ОПЫТ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ С ДИАГНОЗОМ ЭПИЛЕПСИИ	166
Уланова Ж. Б., Вантяева В. А., Семёнова Н. Б., Минькова Е. В. (Красноярск) ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	169
Усакова Е. Н., Буянова Ю. В., Семенова Н. Б., Табацкая М. И. (Красноярск) ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ГРУППОВЫХ ТРЕНИНГОВ КОГНИТИВНО-СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТРУКТУРЕ СТАЦИОНАРА	173
Хинчагов Г. В., Колкова С. М. (Красноярск) САМООТНОШЕНИЕ И ЭМПАТИЯ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА	176
Хоменко О. П. (Томск) АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ	178
Черенёва Е. А. (Красноярск) ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	180
Черткова О. А., Осипов Г. П., Пчелкова К. А., Сомова Н. В. (Кемерово) ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА КОППИНГ-СТРАТЕГИЙ АЛКОГОЛЕЗАВИСИМЫХ ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	185
Шишкина Ю. И., Березовская М. А. (Красноярск) МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	189
Шишкина Ю. И., Березовская М. А. (Красноярск) ФЕСТИВАЛЬ «МИР РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ» КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ	192
Шкляев А. Е., Валиева Р. А., Галялиева Л. А. (Ижевск) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ	194

Шкляев А. Е., Мухаметова А. И. (Ижевск) ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД КАК СРЕДСТВО ДЕТАЛИЗАЦИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	198
Яковлева А. Л., Симуткин Г. Г. (Томск) ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТЕКУЩЕГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ	201
Ярославская М. А. (Москва) ИССЛЕДОВАНИЕ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	205
Ярославская М. А. (Москва) ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	206

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ**

Сборник тезисов

научно-практической конференции
(Красноярск, 24—25 марта 2016 г.)

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

Редактор И. А. Зеленская

Подписано в печать 04.03.2016 г.

Формат 60x84¹/₁₆.

Бумага офсетная № 1.

Печать ризография.

Печ. л. 13,50; усл. печ. л. 12,56; уч.-изд. л. 12,75 .

Тираж 500. Заказ № 16130

Издательство «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1

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

