

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»
Минздрава России

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ,
ПСИХОТЕРАПИИ
И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Сборник научных трудов

Выпуск 15

Издательство Саратовского государственного медицинского
университета

2017

УДК 616.89-008''312''(082)

ББК 56.14+88.4я43

А 437

На 1-й странице обложки – Михаил Павлович Кутанин (1883–1976), профессор, первый заведующий кафедрой психиатрии Саратовского медицинского института (с 1923 г по 1964 г.)

Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сб. науч. трудов. –
А437 Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2017. – 382 с. – Вып. 15.

ISBN 978-5-7213-0649-5

В сборнике публикуются работы, посвященные актуальным проблемам психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии. Широко освещаются актуальные вопросы современной психофармакотерапии психических и наркологических расстройств, предлагаются различные формы психотерапевтической работы с пациентами; отражены возрастные и социальные аспекты реабилитационной работы с пациентами.

Для врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов, клинических психологов.

Редакционная коллегия:

В.М. Попков (ответственный редактор), Ю.В. Черненко (зам. ответственного редактора), Ю.Б. Барыльник, А.Ф. Парашенко, С.В. Сизов (ответственный секретарь)

Текст изложен в авторской редакции

ISBN 978-5-7213-0649-5

© Саратовский
государственный
медицинский
университет, 2017

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Абдуллаева В.К., Нурходжаев С.Н.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Аннотация. Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа основных клинико-психопатологических характеристик депрессивных расстройств, коморбидных с расстройствами личности, а также депрессивных расстройств без указанной коморбидности. Выявление влияния коморбидного личностного расстройства на клинико-психопатологические особенности текущего депрессивного состояния пациентов необходимо в диагностическом плане, особенно при наличии резистентности к проводимой терапии.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, расстройства личности, коморбидность

Key words: depressive disorders, personality disorders, comorbidity

Проблема изучения коморбидности депрессивных расстройств и расстройств личности, влияния данной коморбидности на клиническую динамику, течение, терапию и возможности социальной адаптации у пациентов с депрессивными расстройствами в последние годы приобрела особую актуальность [2, 91]. По данным зарубежных исследований от 45% до 66% пациентов депрессивными расстройствами имеют сопутствующее расстройство личности [1,81]. По данным Y.ElKissi [3, 739] у больных, имеющих коморбидность по личностному расстройству, отмечалось более раннее начало заболевания, большая частота эпизодов депрессии и суицидальных попыток, худшее качество ремиссии. Исследования показывают, что личностные расстройства являются предиктором рецидива депрессии после первого эпизода [5,270]. B.Riminger [6,123] подчеркивает, что сосуществование депрессивного и личностного расстройства существенно влияет на тяжесть состояния и резистентность к терапии. В мета-анализе результатов фармакотерапии депрессий у больных с личностным расстройством и без такового при выявлении негативного влияния на динамику депрессии сопутствующей патологии личности отмечена большая эффективность комбинированной терапии (лекарственная терапия и психотерапия) [4,20].

Цель исследования – анализ основных клинико-психопатологических характеристик депрессивных расстройств, коморбидных с расстройствами личности.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 48 больных, 30 женщин и 18 мужчин, с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом в рамках единственного депрессивного эпизода – 26 человек, рекуррентного депрессивного расстройства – 22 человека, проходившие обследование и лечение в Городской клинической психиатрической больнице г. Ташкента. Средний возраст женщин составил $44,4 \pm 10,2$ года и мужчин – $40,6 \pm 11,0$ года. Диагноз депрессивных расстройств и расстройств личности был верифицирован согласно диагностическим критериям МКБ-10.

Количественная оценка степени выраженности депрессии, а также динамики состояния и эффективности используемой антидепрессивной терапии проводилась с помощью сокращенного варианта шкалы SIGH-SAD [Williams J., Link M., Rosenthal N.E., 1992], которая включает в себя 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов, касающихся атипичных депрессивных симптомов: социальный отход, увеличение веса, увеличение аппетита, гиперфагия, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость. Оценка личностных характеристик проводилась с помощью Стандартизированного многофакторного метода исследования личности – СМЛ (ММПИ) [Собчик Л.Н., 1990, 2002], который представляет собой модификацию теста ММПИ [Hathaway S., Mckinley J., 1956].

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования нами проведен анализ основных социально-демографических характеристик исследуемых групп. Общая исследуемая группа пациентов была разделена на две группы. Основная группа – 28 человек, из них 18 женщин (64,3%), 10 мужчин (35,7%), которая состояла из пациентов с депрессивными расстройствами, коморбидными с расстройствами личности. Группа сравнения – 20 человек, в том числе 12 женщины (60%), 8 мужчин (40%) с депрессивными расстройствами без коморбидного расстройства личности. Средний возраст пациентов основной группы на момент обследования составил $39,9 \pm 10,8$ года, пациентов группы сравнения – $46,3 \pm 9,5$ года ($p < 0,001$).

Таким образом, основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту с преобладанием женщин внутри обеих исследуемых групп ($p < 0,05$).

В нашем исследовании расстройства личности в основной группе были представлены в 82,2% ($n=23$) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 7,1% ($n=2$) – пограничное расстрой-

ство личности (F60.31), в 10,7% (n=3) – истерическое расстройство личности (F60.4). В основной группе коморбидный диагноз расстройства личности в зависимости от половой принадлежности был представлен следующим образом: у 18 женщин (64,3%) и 10 мужчин (35,7%) и имел статистические различия по полу ($p < 0,05$).

Анализ преморбидных особенностей личности показал, что у пациентов основной группы чаще встречались эпилептоидно-возбудимые черты личности (40% против 8,3% в группе сравнения), тогда как в группе сравнения в 55% случаев отмечалось преобладание истероидных черт ($p < 0,001$). По данным оценки индивидуально-психологических особенностей пациентов исследуемых групп с помощью СМЛ (ММР) [Собчик Л. Н., 1990, 2002] было выявлено, что усредненный профиль основной группы характеризовался наиболее выраженными повышениями на шкалах депрессии (шкала 2) - $73,3 \pm 11,4$ Т, аутизма (шкала 8) - $77,1 \pm 15,3$ Т, ригидности аффекта (шкала 6) - $69,8 \pm 16,9$ Т, психопатии (шкала 4) - $66,8 \pm 12,9$ ($p < 0,05$). В усредненном профиле ММР группы сравнения отмечались пики на следующих шкалах: депрессии (шкала 2) - $69,7 \pm 12,4$ Т, тревоги (шкала 7) - $68,3 \pm 10,7$ Т, аутизма (шкала 8) $67,4 \pm 13,8$ Т ($p < 0,05$), что в профилях пациентов, страдающих аффективными расстройствами, указывает на выраженность эмоциональной напряженности. Таким образом, в целом усредненный личностный профиль пациентов основной группы был вышенормативного разброса и варьировал в диапазоне от 55 Т до 78 Т баллов, что указывает на наличие нервно-психической дезадаптации. Профиль пациентов из группы сравнения не выходил за пределы нормативного разброса (от 50 Т до 70 Т баллов).

В основной группе средний общий балл по шкале SIGH-SAD (с учетом типичных и атипичных депрессивных симптомов) при поступлении составил $30,6 \pm 8,1$ балла, в группе сравнения – $24,7 \pm 8,5$ балла ($p < 0,01$), что указывает на большую выраженность депрессивных проявлений у пациентов основной группы.

В ходе исследования была проведена оценка синдромальной структуры расстройств в соответствующих группах пациентов, согласно которой в основной группе пациентов преобладающим являлся депрессивно-дисфорический синдром – 71,4% (n=20), что является статистически значимым по сравнению с аналогичным показателем в группе сравнения – 20,0% (n=4, $p < 0,05$). В группе сравнения (40,0%, n=8, $p < 0,05$) превалировал депрессивный синдром с соматовегетативными нарушениями. Депрессивно-дисфорический

синдром достоверно чаще был ассоциирован с женским полом в основной группе и группе сравнения ($p < 0,05$), что связано с преобладанием женщин в клинической выборке. Проведенный статистический расчет данных, касающихся среднеговозраста пациентов к началу АР в исследуемых группах, выявил межгрупповые различия ($p < 0,001$), свидетельствующие о появлении депрессивных расстройств у пациентов основной группы в более молодом возрасте ($32,9 \pm 8,9$ года), чем в группе сравнения ($40,5 \pm 9,8$ года). При анализе продолжительности депрессивного эпизода оказалось, что в основной группе эпизоды депрессии были более длительными, чем в группе сравнения (соответственно $5,7 \pm 2,8$ и $3,9 \pm 2,6$ месяца, $p < 0,05$). При этом среднее количество аффективных эпизодов в основной группе составило $4,2 \pm 1,4$, а в группе сравнения – $2,9 \pm 1,9$ ($p < 0,01$).

Выводы. Исходя из вышеизложенного, пациенты с коморбидностью депрессивных и личностных расстройств в сравнении с пациентами без коморбидного личностного расстройства имеют более высокий удельный вес депрессивно-дисфорического синдрома в структуре текущего депрессивного эпизода ($71,4\%$ и $20,0\%$, $p < 0,05$), большую тяжесть текущего депрессивного эпизода, объективизированную с использованием шкал SIGH-SAD ($30,6 \pm 8,1$ и $24,7 \pm 8,5$ балла, $p < 0,01$), а также его продолжительность (соответственно $5,7 \pm 2,8$ и $3,9 \pm 2,6$ месяца, $p < 0,05$). Таким образом, коморбидно-личностное расстройство оказывает значительное влияние на клинико-психопатологические особенности текущего депрессивного состояния пациентов.

Литература

1. Н.Г. Гаранян - Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. - № 1. - С. 80–81.
2. Г.Г. Симуткин, А.Л. Яковлева, Н.А. Бохан - Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности (обзор зарубежной литературы) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. - № 2. - С. 91–97.
3. ElKissi Y., Ben Nasr S., Ayachi M. et al. - Comorbid personality disorders in major depressive disorder: a comparative study in 160 Tunisian female inpatients // Tunis Med. - 2009. - Vol. 87, № 11. - P. 737–741.
4. Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T. - Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies // Br. J. Psychiatry. - 2006. - Vol. 188. - P. 13–20.
5. Petersen T., Hughes M., Papakostas G.I. et al. - Treatment-resistant

depression and Axis II comorbidity // Psychother. Psychosom.- 2002. - Vol. 71, № 5. - P. 269–274.

6. Riminger B. = Depression and personality disorders: mutual influences // Encephale. 2010. - Vol. 36. - P. S123–S126.

Сведения об авторах

Абдуллаева Василя Каримбековна – кандидат медицинских наук, доцент; кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института, заведующая кафедрой

Нурходжаев Сабир Насырходжаевич – кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института, докторант; e-mail: vasila.adullaeva@tashpmi.uz

Абдуллаева В.К., Абдукуддусов А.О.

ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХОГЕННОЙ ПРОВОКАЦИИ ПСИХОЗОВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. Целью настоящего исследования явилось выявление факторов риска психогенной провокации психозов шизофренического спектра, ассоциированных со стрессом. Следует предполагать, что выявленный когнитивный дефицит не позволяет больным осуществить интеллектуальную переработку психотравмы, что делает их психогенные реакции более тяжелыми, затяжными и полиморфными.

Ключевые слова: шизофрения, факторы риска, стресс

Key words: schizophrenia, risk factors, stress

Все большее место в структуре психозов шизофренического спектра занимают сложные, клинически неоднородные, атипичные аффективные нарушения, ассоциированные с актуальной для больного психотравмирующей ситуацией. Полиморфные, клинически и нозологически неопределенные формы шизофреноформных психозов, развивающихся непосредственно после столкновения с психотравмирующими ситуациями, представляют в настоящее время серьезную диагностическую и терапевтическую проблему [1,5]. В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) психогенно-спровоцированным психозам шизофренического спектра определено место в рубрике F23 «Острые и преходящие психотические расстройства». В большинстве исследований, посвященных изучению влияния психотравм на манифестацию и развитие эндогенных заболеваний, преимущественно изучается роль психогенных

факторов в возникновении рецидивов приступообразной шизофрении [3,20; 4,380; 5, 280]. Другие формы течения шизофрении позиционируются как относительно независимые от средовых факторов. На современном этапе развития психиатрии этот вопрос представляется крайне спорным. Как в отношении шизоаффективных психозов, так и в отношении обострений параноидной шизофрении большинство авторов сходятся во мнении о том, что различные психосоциальные стрессы могут выступать при определенных стечениях обстоятельств в качестве провоцирующих факторов [2, 155; 6, 11].

Цель исследования – выявление факторов риска психогенной провокации психозов шизофренического спектра, ассоциированных со стрессом.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом и с помощью психометрической шкалы оценки позитивных и негативных синдромов шизофрении PANSS (С.П. Кей, Л.А. Оплер и А. Фицбейн) было обследовано 38 больных параноидной шизофренией в возрасте 30-50 лет, находящихся на стационарном лечении в городской клинической психиатрической больнице г. Ташкента. Критериями включения в исследование для основной группы являлись нозологическая квалификация психического состояния больных, соответствующая диагностическим критериям рубрик F20.0 «Параноидная шизофрения», F23.1 «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» и F23.2 «Острое шизофреноформное (шизофреноподобное) психотическое расстройство» Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10); достоверные сведения, полученные от больного и его ближайшего окружения об объективно значимом психотравмирующем событии перед развитием психотического состояния. Контрольную группу составили больные с психическими расстройствами, соответствующими диагностическим критериям рубрик F20.0, F23.1, F23.2, МКБ-10, у которых психотические расстройства развились спонтанно.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования проведен анализ основных социально-демографических показателей в исследуемых группах. Различий в уровне образования в основной и контрольной группах не выявлено. По семейному положению группы также были сопоставимы – около $\frac{2}{3}$ пациентов оказались одиночками. Большая часть несемейных пациентов были в разводе, причиной которого являлись клинические проявления болезни.

Почти у половины всех больных (47,3%) продолжительность заболевания была небольшой (меньше одного года), еще 21,9% больных страдали шизофренией от одного до трех лет, 20% пациентов имели более продолжительный стаж болезни (3-10 лет), у 8,7% больных шизофрения наблюдалась более 10 лет. По этому признаку также не выявилось статистически достоверных различий между основной и контрольной группами. Средняя продолжительность болезни в общей группе пациентов составила $3,02 \pm 0,23$ года. В основной и контрольной группах преобладали пациенты, у которых манифестный психоз развился в возрастном промежутке 20-40 лет. Средний возраст манифестации заболевания – $32,1 \pm 9,92$ лет.

В обеих клинических группах больных психотической шизофренией были изучены патогенные факторы, предрасполагавшие к манифестации эндогенного психоза в психотравмирующей ситуации: наследственная отягощенность, патология пре- и перинатального периодов и первого года жизни, когнитивные нарушения и особенности психического развития. Также проводился анализ личностного и психопатологического преморбиды.

Наследственная отягощенность в основной и контрольной группах была одинаковой (57,3% и 55,1% соответственно). Однако отягощенная наследственность чаще встречалась в основной группе – 88,2%, тогда как в контрольной – 74,3%). Выявлено преобладание патологии пре- и перинатального периодов и первого года жизни в основной группе над контрольной (46,9% и 24,3% соответственно). Прямым следствием генетических и биологических предпосылок (наследственность и раннее поражение ЦНС) являлись нарушения психического развития (дисонтогенез), которые приводили к формированию устойчивых когнитивных расстройств, выявлявшихся при психологическом обследовании и к развитию специфических особенностей личности.

Учитывая данные наследственного предрасположения, патологию пре- и перинатального периодов и раннего детского возраста, можно предполагать, что обнаруженные когнитивные нарушения являются результатом несвоевременного формирования соответствующих когнитивных функций в различных клинических группах. При этом необходимо иметь в виду, что когнитивные нарушения, обнаруженные у больных в ходе исследования, могли иметь и другие истоки – различные экзогенно-органические и соматогенные факторы, воздействовавшие в течение жизни.

Выявленные при психологическом обследовании основной группы больных параноидной шизофренией нарушения когнитивных функций, выразившиеся в своеобразии абстрактного мышления и понятийных функций, свидетельствовали о нарушении тех структур личности, которые формируются в препубертатном и пубертатном периоде. Это свидетельствовало о задержке развития идеаторных структур личности и дизонтогенетическом развитии ее аффективной составляющей. В результате акцентуировались экспансивно-шизоидные, психастенические, паранойяльные и epileптоидные радикалы.

Сравнение с группой контроля показало достоверное преобладание epileптоидных, психастенических, паранойяльных, истерических и циклоидных черт характера в преморбиде больных основной группы. Каждый из личностных преморбидных особенностей в условиях психотравмирующей ситуации являлся дополнительным провоцирующим фактором формирования затяжных и глубоких аффективных нарушений и устойчивых, труднокорректируемых умозаключений.

У 41,8% больных основной группы (по сравнению с 16,8% - в контрольной) на доманифестном этапе обнаруживались личностные расстройства – психопатические реакции. Шизоидное расстройство личности преобладало среди пациентов с патохарактерологическим-преморбидом на доманифестном этапе психогенно-спровоцированных шизофренических психозов (32,6%). Оно определялось в статистически сопоставимых долях в двух клинических группах. Тем не менее, распределение на экспансивный и сензитивный его варианты выявило отличия в этих группах. У экспансивных шизоидов, которые преобладали в группе больных параноидной шизофренией (31,7%), в неблагоприятных травмирующих ситуациях наблюдалось усиление холодности, жестокости, неспособности к сопереживаниям, безразличие к близким. В условиях стресса они становились чрезмерно принципиальными, сухими, официальными, холодными, иногда давали взрывные реакции. В эти периоды разрывались контакты с близкими и родственниками, больные становились отгороженными, увлеченными какой-то однообразной деятельностью (компьютером, рисованием и др.). В другой группе шизоидных психопатических личностей в сложных травмирующих ситуациях возникали выраженные соматовегетативные реакции, астенические жалобы, затрудняющие общение и деятельность, чрезмерная чувствительность к замечаниям. По своему личностному складу они были близки к сензитивным

шизоидам. Личностная циклоидность была представлена быстрофазовыми тимиопатическими состояниями, возникавшими после незначительных и кратковременных психотравмирующих воздействий. В трудных для них ситуациях легко возникали гневливые реакции, дисфории, импульсивные поступки. Истерические психопатические формы реагирования также преобладали в преморбиде психогенно-спровоцированных психозов. Тревожно-мнительные реакции в психогенной ситуации статистически чаще (39,0% по сравнению с 12,5%) наблюдались в преморбиде больных параноидной шизофренией основной группы. У них в условиях психотравмы возникали состояния по типу генерализованной тревоги, тревожные сомнения, мешающие принять нужное решение, «умственная жвачка», в виде ненужных размышлений об абстрактных событиях, навязчивых воспоминаний. Нередко отмечались обсессивные и сверхценные идеи отношения и вины, ритуальные действия, контрастные влечения.

Выводы. Таким образом, принимая во внимание тот факт, что обнаружение в анамнезе тех или иных особенностей психического развития достоверно не означает их прямого предрасполагающего значения, следует заключить, что отмеченные предпосылки развития эндогенного заболевания в условиях психотравмирующего воздействия являют собой определенную предрасположенность, образуя динамический континуум взаимосвязанных биологических, конституциональных и психологических феноменов. Следует предполагать, что когнитивный дефицит не позволяет больным осуществить интеллектуальную переработку психотравмы, что делает их психогенные реакции более тяжелыми, затяжными и полиморфными.

Литература

1. Алексеев А.В., Шмилович А.А. Клиническая характеристика шизоаффективных расстройств, развившихся после психической травмы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2008. - №8. – С. 4-9.
2. Ильина Н.А., Иконников Д.В. Клинические аспекты шизофренических реакций, протекающих по типу «реакции отказа» // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. - С. 153-157.
3. Полищук Ю.И. Социальные причины и предпосылки снижения уровня психического здоровья населения России // Российский психиатрический журнал. – 2005. - №2 - С. 19-23.
4. Gispén-de-Wied C. C. Stress in schizophrenia: an integrative review // Eur. J. Pharmacol. - 2000. - Vol. 29. - P. 375-384.
5. Horan W.P., Blanchard J.J. Emotional responses to psychosocial stress

in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. // Schizophr Res. – 2003. - Vol 60. P. 271-283.

6. Lawrie S.M., Whalley H., Byrne M., et al. Brain structure change and psychopathology in subjects at high risk of schizophrenia. // Schizophrenia Research. –2000. - Vol41. -P. 11.

Сведения об авторах

Абдуллаева Василя Каримбековна – кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института, заведующая кафедрой

Абдукудусов Абдулла Отамуродович – кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института, ассистент; e-mail: vasila.adullaeva@tashpmi.uz

Абдурахманова С.У., Бабарахимова С.Б.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Аннотация. Определено, что на формирование интернет-аддикции из социальных факторов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи, а из психологических факторов выявлена склонность к развитию игровой компьютерной зависимости подростков с застревающими и шизоидными чертами характера, у которых отмечается высокий уровень личностной и реактивной тревожности.

Ключевые слова: компьютерная игровая зависимость, аффективные расстройства, типологические особенности личности, нарушения поведения у подростков.

Key words: computer gaming addiction, affective disorders, personal characteristics, behavior disorders in adolescents.

Актуальность: масштабы интернет-зависимости сделали ее социальной проблемой, соответственно и методы профилактики должны проводиться при поддержке государства и общественных организаций. Самыми эффективными средствами представляется популяризация знаний о причинах и механизмах такой зависимости [1,127]. По оценкам зарубежных исследователей риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10% популяции [2,176]. В связи с ростом научного прогресса и более обширного влияния информационных технологий на современное общество возникает про-

блема предупреждения отрицательных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения – детей и подростков. Как минимум четыре фактора лежат в основе формирования зависимого поведения: информационный (иллюзия контакта с информированным источником), коммуникационный (анонимность, реальное время, множественность образов, мультипользовательская среда), идентификационный (утрата связи образа с личностью), сетевая социализация (сетевая субкультура, сообщества маргинальных групп, криминальная киберсреда). Все эти факторы носят выраженный социальный характер. В тоже время нетрудно заметить, что по отношению к действию данных факторов особую уязвимость обнаруживают дети и подростки с определенной преморбидной патологической почвой, с личностной деформацией, с нарушениями способности к взаимодействию со сверстниками, парциальной когнитивной дефицитарностью [2,177]. По данным Американской академии педиатров зависимость отмечается у каждого десятого ребёнка [3,409]. Наибольшую опасность представляют собой ролевые игры, поскольку сама механика игры состоит во «вхождении» человека в игру, интеграции с компьютером, потере индивидуальности и отождествлении себя с компьютерным персонажем. Уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением. Игрок полностью погружается в игру и виртуально реализует большую часть существующих потребностей [5,459]. Бесконтрольная игровая компьютерная деятельность сопровождается повышенной раздражительностью, склонностью к противоправным действиям, враждебным восприятием окружающего мира. Компьютерные игры способствуют формированию донозологических состояний у подростков [4,639].

Цель исследования: определить социально-психологические факторы риска формирования интернет-аддикции у подростков для оптимизации психопрофилактики и психокоррекции поведенческих нарушений данного контингента населения.

Материал и методы исследования: объектом для исследования явились 68 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 12 до 19 лет; специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования интернет-аддикции. В процессе экспериментального психопатоло-

гического исследования для определения эмоционального статуса использовали опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей подростков применялся тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и их обсуждения: основную массу опрошенных 90% составили мальчики. 60% увлеклись компьютерными играми в возрасте 12 лет, 25% опрошенных – в 14-15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16 лет. Путем опроса среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Среди них 15% росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей (одного из родителей) или отягощенность психической патологией, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анализ полученных данных установил лиц, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных

черт характера. Среди всех обследованных установили: демонстративный тип личности у 6 подростков (9%), застревающий тип личности – у 20 подростков (30%), шизоидный тип в 56% случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 4 подростков (5%).

Выводы: проведённое исследование установило, что на формирование интернет-аддикции из социальных факторов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи, из психологических факторов выявило склонность к интернет-аддикции подростков с застревающими и шизоидными чертами характера, у которых отмечается высокий уровень личностной и реактивной тревожности. Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо проводить психопрофилактические мероприятия с родителями подростков, психокоррекционную работу с детьми и подростками из группы риска для предупреждения возникновения и развития зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ с целью формирования гармонично развитой личности.

Литература

1. Гуреева А. Ю., Сизов С. В. Интернет-зависимость: современное состояние проблемы // БМИК. 2015. №2 С.127-129
2. Пережегоин Л.О. Интернет-аддикция и коморбидные ей состояния у детей и подростков. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии» -Москва, 2015. С176-178.
3. Ernes C. E. Is Mr. Pac Man eating our children? A review of the effect of video games on children // Can. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 42, N 4. – P. 409–414.
4. Deckel A. W., Hesselbrock V, Baner L. Antisocial personality disorder, childhood delinquency, and frontal brain functioning: EEG, and neuropsychological findings // J. Clin. Psychol. – 1996. – Vol. 52, N 6. – P. 639–650.
5. Panksepp, J., Knutson, B., & Burgdorf, J. (2002). The role of brain emotional systems in addictions: A neuro-evolutionary perspective. *Addiction*, 97, 459-469.

Сведения об авторах

Абдурахманова Севарахон Улугбековна – Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, магистрант первого года обучения; г.Ташкент, Республика Узбекистан.

Бабарахимова Сайёра Бориевна – Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии;

**Абросимова Ю.С., Барыльник Ю.Б., Колесниченко Е.В.,
Пахомова С.А., Самойлова Д.Д.**

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Аннотация. В настоящей работе было проведено обследование детей с первичным ожирением, с вторичным ожирением и группы детей без патологии. Среди детей с вторичной формой ожирения наблюдается значительное превышение нормативных показателей по шкале личностной тревоги, а так же значительно различаются средние показатели тревоги между группами детей с первичным и вторичным ожирением. Также можно отметить значительное повышение средних показателей уровня напряженности психологических защит у детей и подростков группы вторичного ожирения по сравнению с группой первичного ожирения, а также с группой здоровых детей.

Ключевые слова: ожирение, дети, тревога, депрессия

Ожирение – серьезная медико-социальная и экономическая проблема современного общества. По результатам российского эпидемиологического исследования (2007 г.) избыток массы тела зарегистрирован у 11,8% населения, в том числе ожирение у 2,3% детей [4]. Также актуальность проблемы ожирения у детей и подростков обуславливается повышенным риском развития осложнений, связанных с ожирением, таких как артериальной гипертония, инсулиннезависимый сахарный диабет (ИНСД), атеросклероз и ишемическая болезнь сердца [1]. Особенно важно отметить тот факт, что происходит «омоложение» этого вида патологии. При этом ежегодный показатель роста распространенности детского ожирения постоянно увеличивается. Эта тенденция усиливает эпидемию ожирения у взрослых и создает нарастающую угрозу для здоровья следующего поколения [1,2,3].

Целью настоящего исследования явилось изучение психоэмоциональных особенностей личности ребенка при различных формах ожирения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 52 детей и подростков с диагнозом вторичное и первичное ожирение 1-3 степени, с индексом Кетле (индексом массы тела) от 24,9 до 31,6 кг/

м² (средний индекс массы тела – 27,4 кг/м²), – отношения массы тела, выраженной в килограммах к квадрату роста в метрах. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывается по формуле: вес (кг)/рост (м²). По степени заболевания выборка распределилась следующим образом: ожирение 1ой степени – 12 человек, 2ой степени – 16 человек, 3ей степени – 24 человека (рис.1).

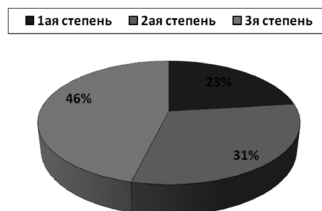


Рис. 1. Распределение контрольной группы по степени заболевания

Дети и подростки, принявшие участие в исследовании, проходили стационарное лечение в клинике пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии клинической больницы им. С.Р.Миротворцева. Возраст испытуемых – от 9 до 15 лет (средний возраст испытуемых составил 12,1 лет), по полу выборка распределилась следующим образом: 24 мальчика и 28 девочек (рис.2).



Рис.2. Распределение контрольной группы по полу

Возрастные границы выборки обусловлены следующими факторами: начало заболевания может приходиться на любой возраст, однако критическими периодами являются: препубертат у мальчиков и пубертат (т.е. период полового созревания) у девочек.

Данные испытуемые составили выборку контрольной группы, выборка была поделена на две части в зависимости от типа ожирения: в первую группу вошли дети и подростки с первичным типом ожирения (средний возраст – 12,7) в количестве 25 человек, во вторую – с вторичным типом ожирения (средний возраст – 11,6) в количестве 27 человек (рис.3).



Рис.3. Распределение контрольной группы по типу заболевания

Сравнительную группу составили ученики 6 класса средней общеобразовательной школы, в количестве 26 человек, средний возраст испытуемых составил 12 лет.

В исследовании использовались следующие психодиагностические методики: Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора, адаптация Немчинова.

Результаты. Согласно результатам обследования с использованием опросника личностной тревоги Тейлора установлено, что в группе детей и подростков с вторичной формой ожирения наблюдается значительное превышение нормативных показателей по шкале личностной тревоги, а так же значительно различаются средние показатели тревоги между группами детей с первичным и вторичным ожирением. Между показателями уровня тревоги испытуемых с первичной формой ожирения и в группе детей без патологии значимых различий выявлено не было. Средний показатель уровня тревоги в группе респондентов с вторичным типом ожирения – 21,9, в группе пациентов с первичным ожирением – 11,2, в группе детей без патологии – 12,7. У большинства испытуемых в группе с вторичным ожирением был выявлен высокий уровень тревожности (у 34,6%), у 30,7% выявлен средний уровень с тенденцией к высокому, наименьшее число респондентов показали низкие и очень высокие значения – 3,8% и 7,6% соответственно. В группе испытуемых с первичным ожирением чаще всего наблюдается средний уровень тревожности с тенденцией к низкому – 61,5%, реже – низкий уровень и средний уровень с тенденцией к высокому – по 15,3%, высокий уровень наблюдается у 3,8%, очень высокий уровень не показал ни один испытуемый. В сравнительной группе наблюдались результаты схожие с таковыми у детей с первичным ожирением – большинство имеют средний уровень тревожности с тенденцией к низкому – 69,2%, низкий и высокий уровень тревожности показали по 7,6% испытуемых сравнительной группы, у 15,3% наблюдается средний уровень с тенденцией к вы-

сокому, очень высокий уровень тревоги не наблюдался ни у одного испытуемого. Тематика тревожных переживаний у детей с алиментарной формой ожирения связана с повышенной чувствительностью в межличностных отношениях, а также с обучением в школе. Кроме того, в картине личности таких пациентов отмечается апатия, напряжение и признаки бегства в одиночество.

Выводы. В ходе исследования получены следующие данные: в группе детей с вторичной формой ожирения наблюдается значительное превышение нормативных показателей по шкале личностной тревоги, а также значительно различаются средние показатели тревоги между группами детей с первичным и вторичным ожирением. Между показателями уровня тревоги испытуемых с первичной формой ожирения и в группе детей без патологии значимых различий выявлено не было. У большинства испытуемых в группе с вторичным ожирением был выявлен высокий уровень тревожности, в группе испытуемых с первичным ожирением чаще всего наблюдается средний уровень тревожности с тенденцией к низкому.

Литература

1. Особенности личности подростков с ожирением / Н.В. Болотова, А.П. Аверьянов, Г.А. Андриянова, М.Г. Петрова // Вопросы современной педиатрии. - 2004. - Т. 3, - С. 64 - 65.
2. Петеркова В.А., Ремизов О.В. Ожирение в детском возрасте. В кн.: Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: Медицинское информационное агентство, 2006; с. 312–28.
3. Салмина-Хвостова О.И. Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, реабилитационный аспекты) // Вестник психиатрии Чувашии. 2009. N 5. С. 19–29.
4. Старкова Н.Т., Бирюкова Е.В. Ожирение у подростков. В кн.: Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: Медицинское информационное агентство, 2004; с. 332–49.

Сведения об авторах

Абросимова Юлия Сергеевна - к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, e-mail: julia-abrosimova@yandex.ru

Барыльник Юлия Борисовна - д.м.н., зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разу-

мовского» Минздрава России, г. Саратов.

Колесниченко Елена Владимировна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, e-mail: elena7610@yandex.ru

Пахомова Светлана Александровна – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов.

Самойлова Дарья Дмитриевна – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов.

Авдеев В.Л., Иноземцева Е.В., Колесниченко Е.В.
**УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ И ОТНОШЕНИЕ
К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ
СТАРШИХ КЛАССОВ**

Были изучены уровень невротизации и отношение к здоровому образу жизни учеников старших классов лицея. Рекомендовано внедрение скрининга и профилактики психической дезадаптации среди учащихся старших классов в учебно-воспитательный процесс.

Ключевые слова: уровень невротизации, здоровый образ жизни, учащиеся.

Современное детство имеет ряд особенностей, влияющих на формирование психических нарушений у школьников: неконтролируемые информационные потоки, повышенный уровень ожиданий родителей, педагогов, разбалансированный режим труда и отдыха, психоэмоциональные перегрузки. По мнению многих ученых [1, 2, 6, 7, 8], современный учебный процесс предъявляет к учащимся большие физиологические и психологические требования, часто превышающие их физические возможности. По данным исследований НИИ психиатрии Российской Федерации, распространенность основных форм психических заболеваний (неврозы, психопатии, девиантное поведение) в детском возрасте составляет 15%, а в подростковом – 20-25%. Специалистами образования отмечается рост количества школьников с нервно-психическими расстройствами, пограничными состояниями, поведенческими нарушениями, наруше-

ниями эмоционально-волевой, познавательной, мотивационной сфер личности обучающихся [5].

При относительном многообразии клинических проявлений психической дезадаптации у детей безусловным ее признаком является синдром психоэмоционального напряжения или хронической тревожности. У подростков наряду с психическими признаками тревожности часто обнаруживаются преневротические, вегетодистонические и соматические проявления [4].

По определению специалистов ВОЗ, здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. Необходимым условием сбережения здоровья, в том числе его психического компонента, является соблюдение правил здорового образа жизни (ЗОЖ).

Цель исследования: изучить уровень невротизации и отношение к здоровому образу жизни учащихся старших классов лицея.

Материалы и методы. Нами было опрошено 64 ученика старших классов МАОУ «Лицей № 3 им. А.С. Пушкина» г. Саратова (из них 23 юноши и 41 девушка; средний возраст – $16,5 \pm 0,41$ лет). Основным методом исследования отношения к ЗОЖ в данной работе была выбрана анкетная форма опроса, учащимся было предложено анонимно ответить на тематические вопросы авторской анкеты. Полученные результаты представлены в абсолютных числах и процентном соотношении. Уровень невротичности изучали с помощью психодиагностической методики «Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН)» [3]. Несмотря на анонимность, результаты тестирования уровня невротизации превысили пороговые значения неискренности, согласно методике, в 31 случае и были исключены из анализа. Всего проанализированы результаты по методике УН 33 подростков (13 юношей, 20 девушек).

Результаты исследования. В ходе анкетирования по вопросам ЗОЖ подавляющее большинство опрошенных учащихся (50 человек; 78%) выказали хорошую осведомленность в вопросе определения ЗОЖ и отнесли к основным факторам сохранения здоровья занятия спортом, правильное питание, соблюдение режима дня, учебы и отдыха, следование правилам личной гигиены и отсутствие вредных привычек. 14 человек (22%) дали невнятные определения понятию ЗОЖ, либо вовсе оставили вопрос без ответа. 50 опрошенных (78%) отметили, что относятся к здоровому образу положительно, 14 детей

(22%) отметили ответ «Скорее положительно».

Только 33 подростка (51,5%) оценили состояние своего здоровья как хорошее, тогда как 28 человек (43,7%) на вопрос о состоянии своего здоровья выбрали ответ «Удовлетворительное» и 3 (4,8%) - «Плохое».

Занимаются спортом помимо уроков физической культуры, посещают спортивные секции 2-3 раза в неделю и чаще 36 подростков (56,3%), занимаются спортом время от времени 18 опрошенных (28,1%), не занимаются спортом совсем 10 человек (15,6%).

Делают спортивную зарядку по утрам ежедневно 8 подростков (12,5%), время от времени – 20 (31,1%), никогда – 36 (84,4%). При этом подростки осведомлены о пользе утренней зарядки, но отказываются от неё в пользу дополнительного времени сна утром.

Почти четверть опрошенных (14 человек; 22%) жертвуют завтраком в пользу дополнительного времени сна, остальные 50 (78%) – завтракают регулярно.

На вопрос «Какое питание вы считаете правильным?» ответили 55 подростков (86%). Опрошенные отметили, что правильным является сбалансированное по содержанию белков, жиров и углеводов, содержащее витамины питание. 4 подростка указали, что питание должно быть регулярным. 1 подросток ответил, что правильным является домашнее питание.

Употребляют в пищу фаст-фуд, а именно гамбургеры, картофель фри, стрипсы, хот-доги и тому подобное, все опрошенные старшеклассники, при этом 2 подростка (3,1%) едят фаст-фуд почти каждый день, 20 детей (31,1%) употребляют пищу быстрого приготовления еженедельно, 40 (62,7%) – ежемесячно, 2 (3,1%) – раз в год и реже. При этом 44 подростка (68,9%) ответили, что стараются питаться правильно, 20 детей (31,1%) не считают необходимым для себя правильно питаться.

Регулярно ложатся спать раньше 23:00 12 старшеклассников (18,9%), в 23:00 – 20 (31,1%), в 24:00 – 16 (25%), позже 24:00 – 16 (25%). Самое раннее время отхода ко сну, указанное в анкетах, – 21:00, самое позднее – 02:00-03:00. При этом время пробуждения в дни учебы у 3 подростков (4,8%) – с 5:00 до 5:59, у 41 (64%) – с 6 до 6:59, 20 подростков (31,1%) просыпаются в дни занятий в 7:00 – 07:25. 25 старшеклассников (39%) регулярно спят ночью менее 7 часов.

Подавляющее большинство опрошенных подростков имеют по-

стоянную внешкольную занятость (41; 64%) в виде спортивных, танцевальных секций, школ и кружков музыкальной направленности, занятий по изобразительному искусству, языковых курсов, репетиторов по общеобразовательным предметам.

На вопрос о факторах, связанных с учебой в школе, негативным образом сказывающихся на состоянии здоровья, 19 подростков (30%) указали на большое количество домашнего задания, 22 подростка (34,4%) отметили постоянный недостаток сна («Ничего не успеваю, много домашнего задания, сильно устаю, поздно ложусь спать, не высыпаюсь, потом плохо себя чувствую от недосыпа»), 9 подростков (14%) отметили малоподвижный образ жизни в связи с учебой («Долгое сидячее положение за партой», «Устаю сидеть 7 уроков»), 10 (15,7%) подростков пожаловались на трудности во взаимоотношениях с одноклассниками и учителями («Не понимают окружающие и учителя», «Одноклассники бесят»), 11 (17,1%) опрошенных отметили стресс, связанный с контрольными и экзаменами («Стресс от контрольных и экзаменов», «Волнение перед экзаменами»), 1 девушка пожаловалась на усталость глаз («Глаза устают от постоянного напряжения»), 1 юноша неудовлетворен питанием в столовой.

В качестве мер по сохранению и улучшению состояния здоровья 14 учащихся (22%) предложили увеличить количество часов на спортивные занятия в школе («Больше спорта», «Больше уроков физкультуры»), 17 человек (26,6%) считают необходимым увеличить количество сна за счёт грамотного распорядка дня или более позднего начала уроков («Раньше ложиться спать», «Ходить в школу к 08:30 или 09:00», «Раньше ложиться спать и спать в обед», «Соблюдать режим дня, раньше ложиться»), 11 человек (17,1%) предложили уменьшить количество домашнего задания, 2 человека указали «Сменить место проживания, удалённость от школы», а также по одному человеку ответили «Сделать субботу выходным днём», «Делать зарядку и много читать», «Не ходить на некоторые предметы», «Меньше лениться» и «Вылечиться от хронических заболеваний».

На следующем этапе были проанализированы результаты тестирования по методике «Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации».

При ответе на вопросы указали, что сильно устают 30 учащихся (90,1%) из 33 опрошенных по данной методике. 19 человек (57,5%) заметили, что им трудно сосредоточиться на какой-либо задаче. 18 подростков (54,5%) отметили пункт «Иногда у меня бывало такое

чувство, что передо мной нагромодилось столько трудностей, что преодолеть их просто невозможно», 13 (33,4%) – пункт «Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением», 11 детей (33,3%) сообщили, что несколько раз в неделю испытывают чувство, что должно случиться что-то страшное, 15 детей (45,5%) часто предаются грустным размышлениям.

В соответствии с суммарными оценками по шкале УН, высокий уровень невротизации был выявлен у одного юноши (-39), повышенный уровень невротизации - у двоих подростков (1 юноша (-11), 1 девушка (-21)), пограничный уровень – у 8 подростков (5 девушек, 3 юноши), пониженный уровень невротизации – у 5 подростков (2 юношей, 3 девушки), низкий и очень низкий уровень невротизации – у 17 человек (6 юношей, 11 девушек). Т.о., треть опрошенных подростков относятся к группе риска по наличию клинически очерченного невротического расстройства (11; 36,3%) и требуют проведения дальнейшего обследования.

Согласно методике, при высоком уровне невротизации может наблюдаться выраженная эмоциональная возбудимость, продуцирующая различные негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность), легкую фрустрируемость различными «внешними» и «внутренними» обстоятельствами, чувство собственной неполноценности, затрудненность в общении, социальную робость и зависимость и, в конечном итоге, дезадаптированность в общесоциальном плане.

При низком уровне невротизации отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний (спокойствие, оптимизм). Оптимизм и инициативность, простота в реализации своих желаний формируют чувство собственного достоинства, социальную смелость, независимость, легкость в общении и связанную с этими качествами хорошую стрессоустойчивость.

Выводы. Несмотря на удовлетворительный уровень осведомленности в вопросах ЗОЖ, порядка половины подростков не придерживаются основных принципов здорового образа жизни, пренебрегая полноценным сном, рациональным питанием и режимом дня. Высокая загруженность школьным и внешкольным образованием приводит к хроническому переутомлению учащихся, что негативным образом сказывается на их здоровье. Пренебрежение правилами ЗОЖ, хронические психофизиологическое перенапряжение и переутомление ведут к формированию психологической дезадаптации и угрозе

развития пограничных психических расстройств. Введение в образовательный процесс здоровьесберегающих технологий является как никогда актуальной мерой профилактики возникновения психопатологических состояний у учащихся старших классов. Скрининговые медико-психолого-педагогические мероприятия, в виде тематического анкетирования, доверительных бесед с учениками и их родителями, направленные на раннее выявление признаков психической дезадаптации, позволят своевременно оказывать помощь психически дезадаптированным школьникам.

Литература

1. Брехман И.Н. Валеология наука о здоровье / сост. И.Н. Брехман. – М., 1990.-68с.
2. Вайнер Э.Н. Реформа школьного образования и проблема здоровья учащихся // Валеология. — 2002. №1. — С.13-15.
3. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А. Я. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН): Пособие для врачей и психологов. СПб.: психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1999. — 36 с.
4. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей / Д.Н. Исаев. СПб.: Питер, 2000. 512 с.
5. Камакина О.Ю. Сохранение психологического здоровья школьников в образовательной организации. – Таврический научный обозреватель. 2016. № 4 (9). С. 201-202.
6. Кокаева И.Ю. Основы педагогической психогигиены. Москва, 2015. (2-е издание).
7. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья. М.:АРКТИ, 2005. - 250 с.
8. Харисов Ф.Ф., Тюников Ю.С. Программа общероссийской общественной организации содействия укреплению здоровья в системе образования // Здоровьесберегающее образование. №1. - 2009. - С. 14-23

Сведения об авторах

Авдеев Василий Леонидович – ученик 9 класса МАОУ «Лицей № 3 им. А.С. Пушкина», г. Саратов, e-mail: vasily.avdeeff@yandex.ru

Иноземцева Елена Валерьевна – учитель биологии МАОУ «Лицей № 3 им. А.С. Пушкина», г. Саратов.

Колесниченко Елена Владимировна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, e-mail: elena7610@yandex.ru

Алешина Н.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ «ЭЛЕКТРОСОН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Аннотация. Электросон представляет собой метод нейротропной терапии, в основу которого положено воздействие импульсного тока на головной мозг. Разработан советскими учеными Г.С. Календаровым и Е.И. Лебединской (1947) и, почти одновременно, Н.М. Ливенцевым, В.А. Гиляровским, З.А. Кирилловой на основе учения И.П. Павлова об охранительном торможении. В основе механизма действия электросна лежит рефлекторное и непосредственное, прямое влияние тока на образования мозга.

Постоянный импульсный ток при определенных параметрах (прямоугольная форма, низкие частоты, небольшая сила тока) приводит головной мозг человека в состояние, близкое к физиологическому сну. При этом происходит нормализация работы центральной нервной системы, улучшаются трофические процессы, микроциркуляция.

Ключевые слова: сон, органическое заболевание головного мозга, неврозы

Keywords: sleep, organic disease of the brain, neurosis

Цель исследования: изучить эффективность процедуры электросон при лечении психических расстройств различной этиологии в комплексе с фармакотерапией.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 60 пациентов, в возрасте от 25 до 65 лет, с диагнозами: невротические состояния, ситуационно- и соматогеннообусловленные – 16,67%, ипохондрический невроз – 11,66%, истерический невроз – 11,66%, депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести – 10,1%, непсихотические органические заболевания головного мозга различной этиологии (сосудистой, травматической) – 50%.

Группу сравнения составили 30 человек, не отличавшихся по возрасту, диагнозам.

Противопоказаниями для проведения процедуры электросон явились: эпилепсия, геморрагический инсульт в анамнезе, катаракта, глаукома, заболевания кожив стадии обострения в области наложения электродов.

Процедура электросна проводилась в специальном помещении, защищенном от шума и яркого света. Больной удобно располагался

на кушетке. На глаза и заушную область накладываются электроды с мягкой прокладкой, смоченной теплой водой. Медленно включается ток. При этом больной в местах наложения электродов ощущает легкое покалывание, переходящее в вибрацию. Сила тока дозируется в зависимости от ощущения больного. В ближайшие минуты после включения аппарата веки становятся тяжелыми, появляется сонливость, переходящая в глубокий сон или дремоту. Продолжительность воздействия током составляет от 15 минут до часа. Если больной продолжал спать, медицинская сестра выключала аппарат и больной спал до самостоятельного пробуждения.

Результаты исследования. Эффективность назначения электросна оценивалась по субъективным критериям, результатам экспериментально-психологического исследования, объективных изменений в психическом и сомато-вегетативном статусе.

Пациентам стационарного отделения ГУЗ «СГПНД» электросон назначался курсом лечения по 10-20 процедур на частотах от 100 до 180 Гц. При возникновении неприятных телесных ощущений в области глаз (5%) электроды накладывались на область лба.

Общими симптомами для пациентов с невротической симптоматикой и органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза были стойкие нарушения сна. У пациентов регистрировались частые пробуждения (89%), трудности засыпания (75%), ранние пробуждения (43%), неприятные сновидения (31%). При этом отмечалась эмоционально-волевая неустойчивость (98%), астенизация и быстрая истощаемость психических процессов (74%), раздражительность (48%), головная боль (42%), головокружение (14%), ощущения шума в голове и ушах (15%).

На фоне лечения с использованием электросна больные основной группы становились менее раздражительными, более собранными. Быстрее отмечалась редукция эмоциональных расстройств, уменьшались проявления эмоциональной лабильности, пациенты становились более общительными. У большинства купировались головная боль, головокружение. Ночной сон у пациентов основной группы стабилизировался быстрее, становился более глубоким и спокойным.

В группе пациентов, страдающих органическим поражением головного мозга, быстрее нормализовались гемодинамические показатели, уменьшались шум в голове и ушах.

Таким образом, электросон позитивно влияет на регресс психических расстройств у пациентов невротического уровня, а именно

при невротических расстройствах и при непсихотических органических поражениях головного мозга, смягчает депрессивные проявления, колебания настроения. Назначение электросна способствует стабилизации артериального давления, уменьшению выраженности головных болей, головокружения, «шума» в голове, купированию агрипнического синдрома.

Литература

1. Гиляровский В.А. -Электросон (клинико-физиологическое исследование), М., 1958
2. Иванов-Муромский К.А. - Электрический наркоз и электросон человека и животных, Киев, 1966г
4. Банщикова В.М., Куликова Е.И. (Лебединская) - Некоторые вопросы проблем электросна и электроанестезин, М., 1981
5. Персианинов Л.С., Каструбин Э.М., Расстригин Н.Н. -Электроанальгезия в акушерстве и гинекологии, М., 1978
6. Банщикова В.М., Ройтенбурд С.Р. - Теоретические и клинические аспекты электросна и электроанестезии (электронаркоза), М., 1976
7. Боголюбова М.В.- Техника и методики физиотерапевтических процедур, М., 1983.
8. Боголюбова В.М.- Курортология и физиотерапия т. 1, с. 331, М., 1985

Сведения об авторе

Алешина Наталья Викторовна - кандидат медицинских наук, заместитель главного врача ГУЗ «СГПНД», электронный адрес: sgpnd@yandex.ru

Альбицкая Ж.В., Касимова Л.Н., Дворянинова В.В. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ И ДЕТСКОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Аннотация. Целью настоящего исследования являлось установление клинических и психопатологических различий и возрастных особенностей расстройств пищевого поведения у детей с ранним детским аутизмом и детской формой шизофрении. Задачи исследования. 1.Выявить сравнительно-возрастные особенности, клиническую структуру и динамику расстройств пищевого поведения у детей с ранним детским аутизмом (РДА) и детской формой шизофрении (ДШ). 2.Оценить роль возрастного фактора в клинической картине

у детей в возникновении расстройств пищевого поведения. 3. Исходя из клинической картины, разработать принципы ранней диагностики, прогноза и терапии данных расстройств. Материал и методы исследования. Проведено сплошное катаранестическое исследование историй развития 127 детей (возрастная группа от рождения до 10 лет) с ранним детским аутизмом и детской формой шизофрении. С целью верификации диагноза и уточнения динамики заболевания за 34 детьми велось личное клиническое наблюдение. Исследования проводились на основе катаранестического анализа историй развития детей и опроса родителей. При сборе анамнестических данных большое внимание уделялось факторам раннего (от рождения до 3х лет) развития ребенка.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, анорексия, булимия, вомиотомания, ранний детский аутизм, детская форма шизофрении,

Keywords: eating disorders, anorexia, bulimia, early infantile autism, the childhood form of schizophrenia.

Актуальность проблемы. Психические расстройства у детей раннего (от рождения до 3 лет), дошкольного и младшего школьного возраста до настоящего времени остаются мало изученными [1,2,3,4]. В связи с этим расстройства пищевого поведения (РПП) у детей с психическими нарушениями, манифестирующими в раннем детском возрасте, представляют собой актуальную проблему детской психиатрии [5,6,7,8,9]. В современных исследованиях расстройства пищевого поведения у детей раннего возраста ограничиваются определенным перечнем функциональных, психосоматических и органических расстройств [10,11,12]. Такие клинические симптомы, как «рвота фонтаном» у детей до 1 года, частые срыгивания, нарушения аппетита, отказы от еды, чаще всего являются основанием для постановки таких диагнозов, как гипертензионно-гидроцефальный синдром, дисбактериоз кишечника, лактозная недостаточность, пилоростеноз, перинатальные поражения центральной нервной системы или желудочно-кишечного тракта [13,14]. Несмотря на то, что в России уже накоплен значительный опыт изучения расстройств пищевого поведения у детей, сохраняются проблемы ранней диагностики данной патологии, что ведет к не своевременному обращению родителей к специалистам. Особенности проявления РПП у детей с различной психической патологией рассматриваются без указания клинических проявлений имеющегося заболевания и его видоизменений по мере

взросления ребенка [15,16]. Изучение данной проблемы у детей с психическими нарушениями, а именно с ранним детским аутизмом и детской формой шизофрении позволит более четко определить границы этих заболеваний, выявить специфические симптомы для наиболее ранней диагностики, определить нозологическую принадлежность заболевания, а также разработать адекватные для детского возраста методы лечения и реабилитации.

Результаты исследования. В результате исследования нами были выделены 2 группы детей: с ранним детским аутизмом (F84.0 по МКБ-10) – 73 ребенка и детской формой шизофрении (F20.8 по МКБ-10) – 54 ребенка.

В *группе детей с ранним детским аутизмом* в возрасте до 1 года у 72% детей отмечалась младенческая анорексия, которая включала в себя такие разновидности, как активный или пассивный отказ от пищи, отказ от грудного кормления и избирательность в еде, которая особенно отчетливо проявлялась в период введения прикорма. При пассивном отказе в возрасте от рождения до 3х месяцев дети не просыпались для кормления (14%), были вялыми, адинамичными, отказывались сосать или высасывали минимальное количество молока или смеси, не принимали активного участия в процессе кормления, были безразличны, не проявляя интереса к бутылочке или груди матери, избегали тактильного контакта с ней. В дальнейшем, к 4-6 месяцам отмечалось замедленное глотание, задерживание пищи в ротовой полости. Так же к особенностям РПП были отнесены неприятие твердой пищи, употребление только гомогенной протертой еды одного вида и цвета, жесткое следование усвоенному пищевому режиму и болезненная реакция на его изменения (39%). Часто у детей отмечались периоды заторможенности, вялости, полного отстранения от родных и отсутствие реакции на них. Дети постоянно находились в состоянии дремоты. При активном отказе от кормления (21%) в поведении детей отмечались гиперактивность, раздражительность, плаксивость, немотивированное беспокойство во время кормления и проявления негативных реакций при приближении к груди матери: (крики, выгибания, отталкивание и отстранение от груди). Избирательность в еде выражалась в специфических предпочтениях определенных продуктов. Так в возрасте 4-6 месяцев (в периоде введения прикорма) у 46% детей отмечалось неприятие новых продуктов (овощей, творога, яиц, мяса и других), употребление одного продукта или продуктов одинаковой консистенции, запаха и цвета. У

23% детей отмечались немотивированные срыгивания во время акта кормления или сразу после него (при отсутствии подтвержденного функциональными методами исследования гипертензионного синдрома, пилороспазма и патологии со стороны желудочно-кишечного тракта). Важно отметить, что такие нарушения не были связаны с избыточным количеством пищи и введением в рацион новых продуктов. Чаще всего (38%) встречался вариант активного отказа от пищи, при котором ребенок отворачивал голову в сторону, отказывался сосать и глотать, сжимал рот при виде бутылочки или ложки.

С 1 года до 3-х лет в обследованной группе детей с РДА в 42% выявлялись такие нарушения как замедленное жевание, длительное задерживание пищи в ротовой полости, настойчивое требование однородной и протертой пищи, предназначенной для питания детей до года. В 58% были выявлены такие нарушения, как вычурные предпочтения (например, употребление продуктов только одной формы, цвета, консистенции), в 29% отказ от определенных видов пищи (мясо, молочные продукты, фрукты). Дети, переведенные после 12 месяцев на взрослый рацион, отказывались от кормления и требовали протертые продукты, предназначенные для детей младшего возраста. Дети (16%) предпочитали только один вид пищи (например, супы или второе блюдо).

В 5-7 летнем возрасте в 29% случаев для ребенка был неприятен сам процесс принятия пищи, в 18% запах и вид еды, а у 31% ребенка при виде накрытого стола с едой отмечались плаксивость, раздражительность, неадекватные реакции: дети закрывали глаза руками, требовали убрать еду со стола или убегали в другую комнату.

В 9-10 летнем возрасте пищевые нарушения были схожи с таковыми в возрасте 5-7 лет, но отмечалось постепенное сглаживание и редукция таких явлений, как употребление протертой пищи и избирательность в еде, в связи с чем рацион питания постепенно расширялся.

Группа детей с детской формой шизофрении. В результате исследования детей данной группы (54 ребенка) нами были выделены несколько вариантов расстройств пищевого поведения: синдром анорексии, булимии, vomитоманические нарушения (искусственно вызванная рвота) и синдром поедания несъедобных продуктов.

При анорексии в возрасте до 1 года (в 5-7 месяцев) 17% детей (по опросу родителей) не жевали пищу, а долго удерживали ее в ротовой полости, после чего выплевывали, что не было связано с введением

в рацион новых продуктов. Докармливание приводило к повторной регургитации пищи. Вследствие этого у детей нарастало чувство голода, сокращался интервал между кормлениями, изменялось поведение (дети долго кричали, плакали, требовали еды), но во время следующего кормления ситуация повторялась. В дальнейшем у этих детей прогрессивно снижалась масса тела (на 20-30% от возрастной нормы), появлялись вегетативные нарушения, нарастало беспокойство, нарушался сон. У 4% детей на педиатрическом приеме в возрасте 6-9 месяцев была диагностирована постнатальная алиментарная гипотрофия 2 степени. У 8% детей наблюдение показало, что дети инициировали рвоту, пытаясь далее проглотить регургитированную пищу. Так как у этой категории детей в дальнейшем продолжалась рвота, они были госпитализированы в стационар, где использовалось кормление через зонд. Такое состояние у детей наблюдалось постоянно на протяжении 3-6 месяцев. 21% детей данной группы активно сжимали губы при приближении бутылочки или ложки и находились в таком состоянии более 1 часа, опрокидывали посуду с едой или скидывали продукты на пол.

С 1 года до 3 лет у 29% детей отмечались такие нарушения, как замедленное жевание и задерживание пищи в ротовой полости. Нередки были случаи не проглатывания пищи в течении 40-60 минут. При патологически протекающих возрастных кризах в детском возрасте анорексия отмечалась в 85% случаев. Отказ от еды быстро трансформировался в строгую, лишенную смысла диету. Дефицитарная симптоматика нарастала и выражалась в аутизации, эмоциональной холодности к близким, снижении уровня активности. В преморбидном периоде у таких детей выявлялись тревожные, фобические и истерические расстройства. У 42,6% был избыточный вес, не связанный с приемом атипичных нейрорептиков, а у 18% -тенденция к ускоренному половому созреванию.

Характерной особенностью возрастной группы от 3 до 5 лет являлось в 47% случаев поедание несъедобных веществ, а в 11% поедание несъедобного было отмечено после годовалого возраста и повторялось 2-3 раза в месяц. Чаще всего дети употребляли краску, гипс, грызли кирпичи, мел, облизывали землю с ботинок, песок. В 17% случаев отмечалось поедание фекалий, сопровождавшееся манипуляциями с ними, насекомых, окурков, ворса с одежды и облизывание грязных предметов, поднятых с земли или с пола. При этом у ребенка преобладало радостное настроение и не наблюдалось отвращения к

употребляемым веществам. Обычную еду дети ели много и жадно, неряшливо, брали еду руками, размазывали по столу и окружающей мебели, опрокидывали на пол и находились при этом в повышенном настроении.

В возрасте 7-10 лет появление неконтролируемого стремления к потреблению пищи (булимия) было обнаружено у 33% детей и совпадало с общим растормаживанием влечений. Основным проявлением таких нарушений являлись приступы переедания, которые возникали спонтанно, независимо от чувства насыщения. При отказе родителей от кормления или попытке соблюдения диеты у детей возникали дисфорические расстройства настроения, агрессия, аутоагрессия и разрушающие действия. Отмечались перепады настроения - от подавленного, дистимически-раздражительного или безразлично-вялого до повышенного, которые наблюдались параллельно изменению пищевого поведения. На этом же этапе появлялся ряд других психопатологических расстройств: изолированные страхи, обсессивно-фобические расстройства, касающиеся лишь приема пищи. Особое место в картине булимии занимали навязчивые влечения к поеданию неограниченного количества пищи, к сплевываниям и срыгиваниям, со временем приобретающих характер ритуалов. Приступам «обжорства» предшествовала тревога, вызванная стрессовыми ситуациями. Эти приступы проявлялись в виде голода, не насыщения, с последующим поглощением большого количества пищи, с утратой количественного и качественного контроля за едой. Булимические расстройства сочетались с обсессивной симптоматикой и двигательными стереотипиями, приобретая характер ритуалов, сопровождающих навязчивые мысли о еде. У 16% детей из всей группы были выявлены фобические расстройства (страх отравления, заражения), которые проявлялись употреблением в пищу только продуктов, купленных при них в магазине и сразу же приготовленных (7%). Дети не употребляли продукты, если они были куплены накануне. В случае принудительного кормления, дети после еды специально вызывали у себя рвоту, которая со временем приобретала характер хронической вомиотомии. В дальнейшем у этой группы детей наблюдалось резкое снижение массы тела, гипотрофия, сухость кожных покровов, нарастание дефицитарной симптоматики в виде апатии, плаксивости, раздражительности, усилении аутистических черт и проявления сенесто-ипохондрических и дисморфофобических нарушений, а в дальнейшем в пубертатном возрасте развитие бредовых синдромов.

Выводы. Клинико-катамнестическое исследование, проведенное нами, позволило получить ряд новых данных о возрастных особенностях и различиях клинической структуры синдрома расстройств пищевого поведения при раннем детском аутизме и детской шизофрении.

1. Расстройства пищевого поведения в детском возрасте формируется в рамках различных нозологических патологий, структура которых определяется этапом протекания заболевания, его динамикой, и типологическими разновидностями, которые следует дифференцировать на основании уровня и структуры других психопатологических проявлений (обсессивных, фобических, аффективных и аутистических).

2. С учетом полученных данных выделены основные клинические типы синдромов нарушений пищевого поведения: при раннем детском аутизме в большинстве случаев (72%) - младенческая анорексия в виде активного или пассивного отказа от пищи, грудного вскармливания и избирательности в еде. Поедание несъедобных продуктов в группе детей с РДА в ходе нашего исследования выявлено не было. При детской форме шизофрении расстройства пищевого поведения в виде анорексии и булимии с vomitomаническими нарушениями, поедание несъедобных продуктов выявлены у 85% детей от общей выборки и наблюдались систематически.

3. В каждой отдельной патологии выявлена возрастная этапность указанного синдрома, что позволило выделить критерии прогноза при патологически протекающих возрастных кризах в детском возрасте.

4. На основании клинико-катамнестической картины и наблюдений в группе с детской формой шизофрении выявлены признаки прогрессивности, манифестирующие в возрастные кризы свидетельствующие об эндогенно-процессуальном течении болезни, а в группе с ранним детским аутизмом - ослабление и редуцирование симптомов.

5. Клиника булимических расстройств различна у больных с РДА и детской шизофренией. При развитии шизофренического процесса искусственно вызываемые рвоты по мере манифестации процесса приобретали характер особого патологического влечения к рвотам, развитию obsessions и ритуалов и нарастанию дефицитарной симптоматики в виде усиления аутизации и эмоционально-волевых расстройств.

6. Выявленная различная типология расстройств пищевого поведения у детей с ранним детским аутизмом и детской формой шизофрении позволит своевременно направить их к детскому психиатру, дифференцировать выбор терапевтических и реабилитационных мероприятий и подобрать адекватное состоянию лечение.

Литература

1. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушения психического и психомоторного развития детей первого года жизни. - //М., Медицина, 1981. – 272 с.

2. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб, Питер, 2001. – 256 с.

3. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста. Автореф.дисс...докт.мед.наук. – М.,1995.

4. Кошавцев А.Г. Психосоматические (функциональные) нарушения пищевого поведения у детей первого года жизни. Автореф.дисс... канд.мед.наук. –СПб, - 2006. -22 с.

5. Кашникова А.А. Особенности неврозоподобных проявлений при шизофрении у детей и подростков. //Автореф. канд. мед. наук-М.,2003.

6. Murray L., Cooper P. Child development. – N.Y., Guildford Press., 1997

7. Шевченко Ю.С. Патологические привычные действия у детей и подростков и принципы их терапии с позиций концепции психического дизонтогенеза. /Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. –Т.2 -№1. –с.11-21.

8. Безиосюк Е.В., Филин Е.Е. Современные представления о нервной анорексии. / Мед. помощь, 1995, №2, с. 18-20.

9. Якупова Л.П., Козлова И.А. «Нарушение пищевого поведения» // Тезисы научно-практической конференции «Патология влечений у детей и подростков (клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция)» - Москва, 2009, 19-20 декабря, с. 19-20.

10. Vehler P.S., Weiner K.L. Anorexia nervosa and total parenteral nutrition// Int. J. Eat. Disord., 2003,11,14(3): 297-304.

11. Wilson G.T., Walsh B.T. Eating disorders in the DSM-IV//J. Abnorm Psychol., 1991,8,100(3): 362-365.

12. Козловская, Г.В. Задержки психического развития. Патология психического развития. / Г.В. Козловская; под ред. А.С. Тиганова. - М.: НЦПЗРАМН, 1998. – 237-256 с.

13. Ahmad S., Waller G., Verduyn C. Eating attitudes among Asian schoolgirls: the role of perceived parental control/Tint. J. Eat. Disord., 2004, 1,15(1): 91-97. ММ

14. Балакирева Е.Е., Савостьянова О.Л. «Типология нарушений пищевого поведения (нервная анорексия с булимией и vomitomаническими расстройствами). // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Кор-

сакова.- №7 -2004, -с.15-21.

15. Юрьева О.И. Клиника вялотекущей шизофрении у детей и подростков//Дисс. докт. мед. наук.-М., 1990.

Сведения об авторах

Альбицкая Жанна Вадимовна – канд.мед.наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академии» Минздрава РФ,

E-mail: zhanna051267@gmail.com

Касимова Л.Н. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академии» Минздрава РФ,

Дворянинова В.В. – аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академии» Минздрава РФ, г. Нижний Новгород.

**Антонова А.А., Буданова А.Т., Ботвиненко Е.В., Иванова А.А.,
Барыльник Ю.Б., Белых Т.В., Бачило Е.В., Деева М.А.**

ТЕРАПИЯ ТЕАТРОМ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Аннотация. В статье представлены литературные данные о возможностях и ограничениях коррекции когнитивных, эмоциональных и мотивационных компонентов психической деятельности в комплексном лечении больных, страдающих шизофренией, с использованием терапии театром. Рассмотрена социальная направленность театр-терапии и ее дестигматизирующее влияние.

Ключевые слова: шизофрения, психотерапия искусством, терапия театром.

Keywords: schizophrenia, art therapy, theater therapy.

Шизофрению относят к первой десятке ведущих причин инвалидности в мире, более 60% больных трудоспособного возраста – инвалиды. Преобладание при шизофрении социальных потерь над медицинскими указывает на необходимость использования не только биологического лечения, но и психосоциальной терапии и реабилитации [8]. Необходимость психотерапевтических методов лечения отражает спектр нарушений сфер психической деятельности, наблюдающихся при шизофрении – мышление, эмоции, память и поведение [7].

В последние годы в медицинских, образовательных и социальных учреждениях разных стран все более активно применяется

психотерапия искусством (arts therapies) как метод лечения и реабилитации пациентов с психическими расстройствами. Согласно международной классификации (European Consortium for Arts Therapies Education, 1999, 2002, 2005), психотерапия искусством представлена четырьмя самостоятельными модальностями: арт-терапией (психотерапией посредством изобразительного творчества), драматерапией (психотерапией посредством сценической игры), танцевально-двигательной терапией (психотерапией посредством движения и танца) и музыкальной терапией (психотерапией посредством звуков и музыки) [1].

Наиболее близко к драматерапии находится терапия театром. В этой паратеатральной системе, помимо процесса, упор делается и на продукте, то есть на театральной форме инсценировки и на театральных выступлениях перед публикой. Кроме того, публичные выступления ориентированы на такие позитивные моменты, как включенность (интеграция в общественную жизнь меньшинств, лиц с ограниченными возможностями или низов общества – бездомных, зависимых), социальная реабилитация актеров, регулирование и повышение уровня их стремлений, укрепление самоуважения и чувства собственного достоинства, удовлетворение высших потребностей (самореализация, жизненные цели и т.д.) [2, 208].

Традиционно театр-терапия рассматривается как один из методов психологического воздействия театра на внутренний мир и поведение человека посредством игры, поэтому в первую очередь используется для лечения психических расстройств пограничного уровня. При психических заболеваниях использование психодрамы является проблематичным из-за возможности ухудшения состояния пациента на фоне высокой напряженности переживаний в процессе проигрывания ролей. В то же время постановка театральной пьесы как терапевтический прием является более приемлемой для высоко уязвимого контингента психически больных вследствие выражения своих переживаний посредством персонажей, а не путем непосредственной экстерниоризации внутренних проблем и конфликтов. В рамках динамической психиатрии терапия театром рассматривается как метод психологического вмешательства, который помогает реализовывать креативный потенциал больных для коррекций нарушений идентичности личности [3]. Использование театр-терапии у пациентов с шизофренией ограничивается как организационными факторами, так и недостаточной методологической разработанностью данного вопро-

са. Поэтому целью данного литературного обзора является определение возможностей и ограничений театр-терапии в комплексном лечении больных шизофренией.

Целью комплексного лечения пациентов с шизофренией является восстановление или формирование недостаточных или утраченных в условиях нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество [5].

Многочисленные исследования подтвердили наличие дефицита в восприятии эмоций у больных шизофренией по сравнению с контрольной группой [10]. Улучшение восприятия эмоций может быть достигнуто посредством тренировки у пациентов навыка имитировать выражения лица других людей путем демонстрации фотографий с различными выражениями лиц, проведением ролевых игр. В процессе театральных постановок пациенты учатся проявлять многочисленные эмоциональные оттенки согласно проигрываемой роли, контролировать появление эмоций, их изменение, а также улавливать эмоциональные ответы своих партнеров, тем самым улучшая эмоциональный контекст поведения с другими людьми и корригируя свое поведение на сцене во время спектакля, а впоследствии и в обычной жизни. Кроме собственно вербального общения, во время репетиций происходит тренировка невербального взаимодействия, включающая в себя поведение и паралингвистический компонент общения (громкость голоса, паузы, темп, ритм и др.). Наличие театральных костюмов, реквизита и музыкального сопровождения помогает создать необходимую эмоциональную атмосферу, основу для последующей работы, так как лица, страдающие шизофренией, плохо определяют, что данный человек думает или чувствует, но достаточно хорошо определяют более конкретные социальные действия (во что человек одет и что он делает) [6, 50-53].

Когнитивный дефицит при шизофрении представлен нарушениями памяти, внимания и обработки информации [9]. Во время театральных репетиций происходит тренировка когнитивных процессов путем заучивания и последующего воспроизведения вербальной и невербальной информации. Выявляемые у больных когнитивные дефекты непосредственным образом влияют на обучение и усвоение информации, и поскольку большинство используемой информации

социально по природе, наряду с тренировкой когнитивных функций происходит коррекция социальных навыков. Это дополняется взаимодействием с партнерами и режиссером, вследствие чего одобряются и закрепляются социально-приемлимые формы поведения и формируются новые социальные отношения [6, 50-53].

В психотерапевтической работе (в частности, арт-терапии) брался целостный подход к природе человека. Одной из главных задач выделялась гуманизация психиатрии, направленность лечебной и психотерапевтической работы на восстановление достоинства личности [4, 12-18]. В ходе проведения терапии театром отмечается положительное изменение мотивации пациента в процессе подготовки к постановке спектакля. Первично возникшее желание на участие в спектакле в дальнейшем подкрепляется дополнительными мотивационными факторами: возможностью творческой самореализации пациента, вероятностью улучшения отношений со значимыми людьми, появлением новых социальных связей, а также возможностью выезда за пределы больницы или населенного пункта. Таким образом, участие в театр-терапии становится для пациента фактором, направленным на улучшение его мотивационного функционирования. Ощущение пациентом самого себя активно действующим субъектом приводит к повышению его самооценки, так как жизнь с болезнью связана для пациента с обилием отрицательного опыта, подрывающего его веру в возможность каких-либо собственных положительных изменений. Участие пациентов в работе театральной студии обладает также антистигматизационным эффектом как за счет повышения самооценки, так и за счет признания его творческих способностей со стороны окружающих [6, 50-53].

Таким образом, использование терапии театром в комплексном лечении и реабилитации пациентов, страдающих шизофренией, способствует улучшению качества жизни, повышает самооценку, помогает открыть творческие способности, способствует формированию нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов, позволяет сформировать более активную жизненную позицию.

Литература

1. А.И. Копытин. Применение арт-терапии в лечении и реабилитации больных с психическими расстройствами. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).
2. М. Валента, М. Полинек Драматерапия // 2013. — С. 208.

3. Г. Аммон – Динамическая психиатрия // СПб: издательство Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева; 1995.

4. И.И. Юдина Опыт применения арт-терапии как метода психотерапевтической коррекции в работе с пациентами, страдающими шизофренией // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013. – №1. – С. 12-18.

5. И.Я. Гурович Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А // 2-е изд. М.: ИД «Медпрактика-М». – 2007.

6. Н.Б. Захаров Театр-терапия как метод реабилитации больных шизофренией / Захаров Н.Б., Злоказова М.в., Соловьев А.Г. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – Т.18, № 1. – С. 50-53.

7. С.Н. Мосолов, ред. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) // М.: Социально-политическая мысль. – 2012.

8. Т.Б. Дмитриева – Психиатрия: Национальное руководство /Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнанов Н.Г., Семке В.Я., Тиганов А.С., ред.// М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009.

9. Dickinson D., Ragland J.D., Gold J.M., Gur R.C. General and specific cognitive deficits in schizophrenia: Goliath defeats David. Biol. Psychiatry. – 2008. 64: 823–7.

10. Kerr S.L. Neale J.M. Emotion perception in schizophrenia: Specific deficit or further evidence of generalized poor performance. J. Abnorm. Psychol. – 1993. 102: 312–8.

Сведения об авторах

Антонова Анастасия Александровна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. E-mail: 64antonova@gmail.com.

Буданова Айжан Турсенгалиевна, студентка 3 курса факультета психологии Саратовского НИГУ им. Н.Г. Чернышевского.

Ботвиненко Екатерина Валентиновна, студентка 3 курса факультета психологии Саратовского НИГУ им. Н.Г. Чернышевского.

Иванова Анастасия Андреевна, студентка 6 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Барыльник Юлия Борисовна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Белых Татьяна Викторовна, д.псих.н., доцент, заведующий кафедрой консультативной психологии Саратовского НИГУ им. Н.Г. Чернышевского.

Бачило Егор Вячеславович, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Деева Маргарита Александровна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Арпентьева М.Р.

НАРРАТИВЫ ПАЦИЕНТОВ: СИГНАЛЫ И ТРИГГЕРЫ ИЗМЕНЕНИЙ

Аннотация. Статья посвящена анализу нарративов пациентов как одному из наиболее продуктивных методов психотерапевтической работы со взрослыми, в частности, работы, направленной на развитие человека, его взросление. Особое внимание уделяется проблемам метафор как сигналов и триггеров психологических трансформаций.

Ключевые слова: метафора, слабые сигналы, слабые сигналы, маркеры перемен, триггеры перемен, архетипы, нарративы, взросление, жизненный путь.

Arpentieva M. R.

PATIENT'S NARRATIVES: SIGNALS AND TRIGGERS OF THE DEVELOPMENT

Summary. This article analyzes the narratives of patients as one of the most productive methods of psychotherapeutic work with adults, particularly work aimed at the development of man, his manhood. The author pays special attention to the problems of the metaphors of the signals and triggers a psychological transformation.

Key words: metaphor, weak signals, weak signals, markers of change, triggers for change, the archetypes, narratives, growing up, way of life.

Нарратив – история или рассказ, созданные для описания и организации человеком своего опыта и способа жизни. Нарративы пациентов – многомерный и многокомпонентный феномен, герои которого живут в ряде пространств и времен, ряде пересекающихся друг с другом миров, меняющих их осмысление себя, других и ситуаций взаимодействия. Поэтому в работе с нарративами особое внимание нужно уделять совмещению диахронического и синхронического анализа: изменению моделей поведения и сущности поступков участников на разных этапах их жизненного пути, в разных мирах и временах. Особенно большое внимание в этом контексте следует

уделять метафорам – обозначающим миры и времена, а также - свершающиеся или намечающиеся переходы между мирами и временами. Метафоры выступают как яркие сигналы и триггеры изменений. Каждая метафора – зародыш или обозначение интенции, которой следуют герои на пути к самим себе, друг другу и к Богу, к счастью и разрешению кризиса.

Раздел 1. Трансдеривационный поиск и осмысление перемен. На пути к разрешению пациент преодолевает отчуждение от себя и мира, лиминальность. Он учится осмыслять перемены в себе и мире, признавая их бытие и право на изменение. Узнавание себя и других пациентом в том или ином нарративе, узнавание себя и друг друга героями нарратива, их самопонимание и понимание других людей – процессы, которые могут быть практически параллельными. Условием является семантический резонанс: в процессе изучения нарратива во внутреннем мире человека происходит поиск сходного содержания между сочиняемым нарративом и своим жизненным миром: фрагмент его образа мира резонирует с фрагментом сказочного мира, возникает семантический (смысловой) резонанс, благодаря которому «распаковывается», актуализируется новое, продуктивное и более точное понимание происходящего. «Трансдеривационный поиск» – поиск соответствия актуальной ситуации пациента и фрагментов «сказочного» опыта. Он осуществляется через смысловой резонанс, который, как правило, сопровождается чувством понятности (узнавания и прояснения, децентрации и перецентрации и т. д.). Когда в резонанс вступают фрагменты переживаний или образа мира, которые соотносятся с проблемами или жизненными целями человека, пациентом переживается значимость ситуации и опыта, раскрытие сокровенных смыслов – уровней бытия, ранее недоступных его пониманию, возникают новые метафоры – предвестники и предшественники новых парадигм жизнедеятельности, происходит формирование новых, более продуктивных ролевых моделей. Создание и коммуникация метафор пропорциональны открытости между сознательным и бессознательным у человека, в том числе, пациента и психотерапевта. Для пациента процессы метафорической коммуникации - важный способ и канал осмысления того, что запрещается, отчуждается по тем или иным причинам, и, будучи отчуждённым, становится причиной нарушений. Для специалиста процессы метафорической коммуникации становятся часто почти единственным способом эффективной самопсихотерапии: на определенном этапе

профессионального развития присвоение психотерапевтических мифов становится столь полным, что перестает быть продуктивным, тормозя осмысление нового опыта и развитие личности психотерапевта в целом. Чтобы преодолеть связанные с этим процессом неконструктивные способы самозащиты, сделать более подвижными выработанные в ходе предыдущего профессионального и общего жизненного опыта структуры-схемы и процессы-стратегии понимания себя и мира, становится необходимым метафорический язык, интегрирующий в себе ценностное отношение человека к себе и миру, а также способы воплощения этого отношения в реальной жизни – в процессе осмысления происходящего и общения с другим человеком. Метафоры в итоге становятся маркерами и триггерами перемен: ничто не действует порой так сильно, как метафора, примененная и/или уловленная общающимися. При этом ее понимание есть деконструкция полилога «слабых» и «сильных» голосов [1 и др.]. Каждая из возможных стратегий понимания – опирающаяся на сильные и/или слабые сигналы или голоса - выступает как совокупность способов понимания себя и другого человека, мира. При использовании и осмыслении метафор каждая стратегия выступает, с одной стороны, как относительно равноценная, позволяющая достигнуть той или иной – желаемой – глубины или «высоты» анализа феноменов внутреннего и внешнего миров и, с другой, как обладающая заведомо разным диалогическим и экологическим потенциалами. В психотерапии, особенно нарративной терапии, пациент имеет возможность оценить и освоить стратегию, поддерживающую «слабые» голоса, ориентированную на диалог, возвращающий человека к самому себе и к миру, помогающий принять перемены во всей их полноте, трансформировав интенции жизнедеятельности. В повседневности обычно преобладают стратегии, эти голоса игнорирующие, в результате чего возникает монолог, и, вслед за ним, отчуждение человека от мира и самого себя, стремление препятствовать переменам, принимая лишь те их фрагменты, которые соответствуют имеющимся интенциям.

Вообще говоря, маркеры и триггеры перемен могут быть весьма интенсивными, эксплицитными, связанными и декларируемыми ценностями и целями пациента и/или его системы отношений. При этом они формируются в виде понятий, обладающих более или менее фиксированными социальными значениями и личностными смыслами. Они могут быть и слабыми, скрытыми, в том числе, связанными с имплицитно существующими, но до определенного момента не про-

явленными характеристиками системы. Они оформляются и возникают в диалоге с психотерапевтом и другими людьми в виде метафор. Метафоры – наиболее яркие сигналы – предвестники серьезных изменений во внутреннем и внешнем мире пациента, а также наиболее мощные триггеры этих изменений, позволяющие трансформировать внутренние интенции пациентов. Активная и точная идентификация и использование метафор не только позволяет прогнозировать «непрогнозируемое», но и вмешиваться в течение процессов, корректируя их с наименьшей затратой сил, ресурсов материального, психического и духовного типа. Их особенность заключается в том, что даже минимальные изменения параметров приводят к непропорционально значительным изменениям в поведении всей системы: эти сверхчувствительные зоны принято именовать «границами хаоса» [2].

Раздел 2. Между мирами: трансформации на границе пространств и времен. Однако, найти в окружающем мире «чистый хаос», сложно, также как сложно найти абсолютный порядок. Вместо ограниченной сложной адаптивной системы, окруженной хаосом, исследователи, как показали работы Г. Бейтсона, В. Лефевра, И. Пригожина и других, имеют перед собой безграничную сложную гетерогенную и адаптивную среду, которая похожа на бескрайнее «лоскутное одеяло», в котором сосуществуют несколько времен, несколько пространств. Отдельные «лоскуты» системы – области большей или меньшей гомеостатической устойчивости. Однако и сама «устойчивость» бывает, как минимум, двух видов: устойчивость порядка и покоя и устойчивость кризиса и беспорядка. Для простоты анализа исследователи выбирают первый случай, однако при изучении сложных систем с точки зрения перспектив их функционирования и развития, часто оказывается важнее второй. В немногих «дырках» этого лоскута (смысловых пробелах), а также на границах соприкосновений лоскутов, «ткань» того или иного фрагмента социальной и личностной реальности / сложной системы оказывается разорвана. Там присутствует «относительно чистый» хаос как полная неопределенность: упорядочивающие силы здесь не действуют или действуют иначе, в том числе, в направлении увеличения хаоса. «Границы хаоса» можно назвать «границами порядков»: они находятся на стыках лоскутов, в местах соединения и взаимодействия областей упорядоченности и гомеостатической устойчивости [1; 3; 4]. В этих стыках происходит конфликт и взаимодействие двух (или большего числа) соседних порядков: находящиеся в них «точки» личностной

или социальной реальности попадают под конфликтующее влияние одновременно двух или нескольких гомеостатических систем, что создает в них особую «напряженность», сравнимую с напряженностью пограничного перехода между двумя враждебно настроенными странами: один порядок противоречит, враждебен другому, а там, где два порядка соприкасаются, возникает напряжение и пристальное взаимное внимание, развивается непропорциональная чувствительность даже к незначительным событиям («провокациям»). Здесь проявляются нелинейные, рекурсивные характеристики, на которые указывал один из создателей теории сложных систем Эд. Лоренц: их способность быть сверхчувствительными в определенных областях, стремясь к «странным аттракторам» вместо «логически объяснимых» [4; 5; 6]. Эти зоны можно назвать пограничными или мерцающими, подчиняющимися описанному Эд. Лоренцем эффекту бабочки. Эффект бабочки обозначает свойство некоторых хаотичных систем: незначительное влияние на систему может иметь большие и непредсказуемые последствия где-нибудь в другом месте и в другое время. Социальная и личная реальность – это мир смыслов и значений. Они взаимодействуют, трансформируются, усиливают свою энергию и теряют её – ведут себя похоже на частицы, из которых сложена физическая реальность. «Лоскуты» социальной и личностной реальности, области порядка в ней, – дрейфующие устойчивые структуры значений и смыслов разного уровня: конгломераты переживаний и осознаний, которые образуют самостоятельные и самоподдерживающиеся структуры – концепции себя и мира, в зависимости от масштаба и содержания проявляющиеся как стереотипы взаимодействия людей и групп, научные теории или социальные мифы, языки и комплексы профессиональных, национальных и т. д. знаний и умений.

Общими характеристиками областей порядка, согласно Р. Уфимцеву, являются: адаптируемость; устойчивость; стремление к экспансии как освоению доступного пространства; подверженность фазам жизненного цикла, длительность фаз которого варьирует в зависимости от масштаба и содержания структуры, обычно включая фазы: фазу зарождения «ключевых идей», «ядра», бурного развития и захвата новых областей в результате адаптации к широкому спектру условий (фазу активной экспансии), фазу обороны от конкурирующих структур и фазу столкновения с изменившимися внешними условиями и распада [1]. Общими характеристиками «мерцающих зон» или «областей столкновения порядков» являются дезадаптивность,

неустойчивость/изменчивость, нестабильность жизненного цикла и способность усиливать или ослаблять экспансии «зон порядка». В пограничных зонах или «швах» между «лоскутами» социальной реальности области порядка активно сталкиваются, возникают уникальные свойства «мерцающих зон». Например, «сверхчувствительность» когнитивных структур к своей периферии, «чувствительность к проблемам» этой периферии, а, значит, и всего «лоскута» – понятия, концепции, процентируемых и (ре)конструируемых ими социальных феноменов и объектов т. д. [1; 7; 8].

Особенность «мерцающих зон» в процессе жизнедеятельности и, в том числе, взаимопонимания психотерапевта и пациента и иных процессов повседневных и профессиональных отношений в том, что они крайне редко образуют границу между областью «полного порядка» и «полного хаоса», обычно располагаясь на границе нескольких порядков. При этом в дискурсе любого взаимодействия присутствует два вида механизмов:

- механизмы, предназначенные для представления и фиксации понятий и концепций, а также связанных с ними областей социального порядка («значения» и «понятия»);

- механизмы, существующие для взаимодействия, столкновения когнитивных структур и их совокупностей в «мерцающих зонах» («смыслы» и «метафоры»).

Метафоры обозначают наличие «мерцающих зон». Они, как и строгие понятия, могут обозначать одни и те же фрагменты реальности – одни и те же «мерцающие зоны». При этом они имеют разную «индикаторную ценность», раскрывающую смысл напряженности отношений между понятиями и концепциями в пограничной зоне, зоне «между». Общие признаки «индикаторной ценности» и разделенности метафор таковы: многократное повторение метафоры в различных обстоятельствах разными людьми; метафора повторяется не буквально, а видоизменяется с сохранением смысла; метафора распространяется в социальном [1]. Однако, помимо порожденных людьми искусственных метафор существуют и естественные метафоры, создаваемые потоком социально значимых событий и указывающие на «мерцающие зоны», существование которых еще не осознается и которые проявляются как «странные совпадения», «иронии судьбы», «джокеры», в практически не связанных как в пространстве, так и во времени между собой событиях – синхронизмы как проявления коллективного бессознательного: сюжеты событий мета-

форически тождественны [9; 10; 11; 12]. Через синхронии внешне не связанных между собой событий, коллективное бессознательное «указывает» на появление «мерцающих зон» социальной реальности, в которой происходят значимые события.

Обычно слабые сигналы легко затеваются другими факторами, включая ожидания тех, кто пытается заниматься прогнозами. Они настолько малы, что легко прячутся среди более сильных, но irrelevantных факторов или считаются несущественными для статистических и логических экстраполяций. На самом деле, их обнаружение – детекция и правильное толкование – осмысление – могут стать вопросом успеха или поражения психотерапии.

Раздел 3. Выявление маркеров перемен и трансформация реальности. В стыках реальности, пограничных или «мерцающих зонах» находятся точки, наиболее эффективные и продуктивные с точки зрения осмысления сути затруднений развития и продуктивной трансформации реальности: воздействия могут производиться с более или менее целенаправленной режиссурой событий и фактов, имеющих метафорическое значение. Для увеличения вероятности и интенсивности нужного эффекта вмешательств в эти зоны, можно прибегать к методам повышения их «индикаторной ценности»: многократное использование языковой или событийной метафоры, ее варьирование с сохранением сути и широкое распространение контекстов применения языковых – искусственных или событийных – естественных метафор в социальном пространстве, например, «засевание» как многократное использование событийных и языковых метафор по «целевой» «мерцающей зоне».

Д. Мидоуз, ученица Дж. Форрестера [13; 14; 15] рассматривает пределы кибернетического подхода к изучению сложных социальных систем. Дж. Форрестер уже в 60-х годах XX века начал моделировать и исследовать сложные социальные системы («системная динамика» – изучение и прогнозирование сложных систем методами компьютерного моделирования на основе кибернетических схематизаций). Он писал о наличии в этих системах «чувствительных точек», которые являются предпочтительными мишенями для вмешательств в сложные системы, позволяющими целенаправленно изменять поведение и состояние больших и сложных систем с минимальными потерями сил и средств [14]. Д. Мидоуз использовала термин, который принят у системных аналитиков – «точки приложения рычага» («leverage points»), которые также можно перевести как «чувстви-

тельные точки» – места в сложных системах, в которых даже небольшой сдвиг может привести к большим изменениям во всей системе. Она полагала, что люди часто интуитивно знают, где располагаются чувствительные точки, но либо не уделяют ей внимания, либо пытаются давить на неё не в продуктивном для личности или группы направлении: возникают ошибки интуиции. Поэтому Дж. Форрестер называл эти точки «контр-интуитивными»: повседневная жизнь и ее интуиция подсказывает неверные движения, приводя к системному ухудшению проблемы. В терминах метапознавательного подхода речь идет о том, что использование повседневных эвристик без рефлексии зон их применения часто приводит к ошибкам [16; 17].

В работе Д. Харриса и Ст. Цейслера о слабых сигналах как «приметах больших перемен» [18] раскрыт один из подходов к прогнозированию, основанный на представлении социальной реальности как сложной адаптивной системы, в которой проявляются так называемые слабые сигналы и разработке «усилителей слабых сигналов», помогающих понять их. Классические прогнозы развития человека, перемен в его жизни, включая перемены в психотерапии, опираются на вполне логичное представление о том, что небольшие, слабые изменения обычно производят и небольшие результаты. Они недооценивают или просто игнорируют слабые сигналы, фокусируясь на показателях силы тенденций и вероятностей. Однако существует множество феноменов, которые не укладываются в статистические тенденции. Колебания на границе хаоса – богатая среда, в которой чаще всего можно обнаружить слабые сигналы: если научить человека или группы осознавать границу и балансировать между областями порядка, структурности и случайности, неопределенности, они получают преимущества понимать видеть и учитывать слабые сигналы и те тенденции, которые стоят за ними. Наиболее богатый источник слабых сигналов – периферия культуры: 1) междисциплинарное, межтрадиционное; 2) китчевое и симулируемое, псевдоискусство и псевдонаука; 3) вне-традиционное, акультурное, антинаука и анти-искусство. То есть, отвергаемое и запретное, необычное и редкое, лишнее цены – не стоящее ничего и бесценное, а также – волшебное, сказочное, именно поэтому нарративная терапия обладает наиболее значительным психотерапевтическим потенциалом среди иных видов психотерапии.

Согласно теории «усиления слабых сигналов» целенаправленный поиск слабых сигналов на границе хаоса – первый шаг их поис-

ка. Второй шаг – осмысление слабых сигналов, которые не должно осуществляться методами, которыми понимают сильные тенденции: статистика и сортировка здесь непродуктивны. Промежуточная процедура их осмысления – «усилитель слабых сигналов» – помогающий «отфильтровывать» слабые сигналы от шума по их способности вызывать изменения в сложной адаптивной системе. Далее необходимо осмысление того, насколько эти сигналы способны повлиять на «условия игры» (качественная оценка на уровне гипотез «что, если...»). Важно понимать, что слабый сигнал не сможет ничего изменить, если не входит в сложную адаптивную систему. Если идентифицированный сигнал обладает реальным потенциалом, возможностью изменить условия игры, нужно честно и тщательно рассмотреть препятствия, которые могут помешать слабому сигналу высвободить свою энергию [1].

Однако будущее дает о себе знать не в одном слабом сигнале, а в их сериях, распределенных в самых разных частях «мерцающих зон». Слабый сигнал в отличие от шума сочетает (часто необычно и непонятно) в себе ряд когнитивно значимых факторов, которые бессмысленно «перебирать» поодиночке и пытаться логически и линейно рассчитывать их потенциал. Поэтому более продуктивна «рыбалка» и «дорога из хлебных крошек», описанная Э. Миндел [19]: простое ожидание «слабого сигнала» без намерения типологизировать его и создание пространства /изучение пространства его самоосуществления. Наиболее близко к нему «интегрирующее впечатление» относительно способов и стратегий понимания: все «крошки» картины важны, все они переносятся из «фона – периферии» в «центр-фигуру», все – обретают свой гештальт: там, где гештальту быть обретенным суждено, где за «слабым сигналом» стоит вся мощь назревшей трансформации системы, где слабость – обозначение порога, который человек, группа или социальный процесс, такой как взаимопонимание, должны перейти.

Методику «усилитель слабых сигналов», также как и методики «рыбалки» и «дороги из хлебных крошек», – можно использовать как средство для диалога и обучения: его применение позволяет прийти к обсуждению или осознанию и изучению «слепых пятен», выявить спрятанные и потенциально ограничивающие понимание себя и мира понятия и концепции, парадигмы и т. д. Кроме того, чтобы применять усилитель слабых сигналов и иные техники работы с метафорами, служащими индикаторами (маркерами) перемен, необходимо

идентифицировать перспективу, помогающую искать слабые сигналы. Если это невозможно, то необходимо просто взять на вооружение представление о необходимости развивать «чувствительность к проблемам / сигналам», находясь в состоянии «активного слушания», в том числе: неровностей «психологической фактуры», погрешностей и дыр (лакун) в сложной системе и ее проявлениях; «утечек информации», блоков – сопротивлений и фасадов – барьеров взаимодействия; повторяющихся и игнорируемых зон, понятий и концепций и т. д.; обычных и необычных форм и содержаний взаимодействия; открывающих как проблемы, так и способы решения проблем в функционировании и развитии системы. Зоны неустойчивости («зоны мерцания») – границы хаоса, которые возникают на стыке устойчивых зон. В этих точках управляющие сигналы приходят из ряда устойчивых областей и вступают в нелинейные взаимодействия, «квазихаос». Именно в этих точках система весьма чувствительна и изменчива [1].

Области устойчивости – зоны устоявшихся и самоподдерживающихся коллективных представлений (значений) о себе и мире, неустойчивые зоны – это области «когнитивного мерцания», конфликта и трансформации различных смыслов. Чтобы найти слабые сигналы, нужно найти значимые вещи/события в пограничных областях – швах и стыках – устойчивых областей, которые характеризуются необычностью и асимметричностью, странными совпадениями и повторениями.

М. Шеффер и авторы [20] также рассматривают тему «ранние предупреждающие сигналы» критических переходов на модели из теории катастроф: они называют точку, когда система находится между двумя возможными равновесными состояниями, перескакивая от одной к другой под действием даже минимальных воздействий, точкой бифуркации или точкой фазового или критического перехода. По их мнению, существуют признаки приближения к этой точке: 1) Понижение сопротивляемости системы и ее «критическое замедление» – система длительно восстанавливается от различных флуктуаций и пертурбаций, в отличие от равновесной системы, незамедлительно возвращающейся в состояние гомеостаза и относительной изолированности). 2) Рост автокорреляции и вариабельности: случайные пертурбации начинают оставлять «длинный след», возникает «память» в истории состояний системы, в отличие от стабильной системы со «стохастическим процессом без памяти», в котором каждое следующее состояние «не помнит» ничего о предыдущем. 3) Несимметрич-

ность флуктуаций и мерцание (частый признак приближения к критическому переходу – нарастание асимметричности во флуктуациях системы, при котором разброс случайных отклонений в одну сторону от точки равновесия становится больше, чем в другую. Если воздействия весьма интенсивны, система может перейти в »мерцающее» состояние, когда она перемещается от одной области равновесия к другой, флуктуируя вокруг двух альтернативных точек равновесия), возникновение «самоподобного» состояния системы и рост «пространственной когерентности». Однако общие критерии найти при таком понимании трудно: «резкость» изменений, как и приравнивание переходных и кризисных событий к катастрофическим и быстропротекающим, ограничено, поскольку, как отмечалось выше, критические состояния могут быть основным состоянием системы. Согласно теории самоорганизующихся критических состояний естественная динамика сложных систем приводит их к критическим состояниям, поэтому неравновесные «критические» состояния более «типичны» и нормальны, чем выходы из критического состояния.

По мнению Р. Уфимцева, критическое состояние сложной системы может быть более точно связано с масштабной инвариантностью (фрактальностью) структур системы: когда структуры системы приобретают свойство «масштабной инвариантности», становятся самоподобными, тогда система находится в критическом/переходном состоянии, а то, что обозначило самоподобие и есть «слабый сигнал». Фрактал – типично рекурсивная модель, каждая часть которой повторяет в своем развитии развитие всей модели в целом и воспроизводится в различных масштабах без сильных изменений. Однако, изменения – внешне слабые – все же происходят, что в значительной степени может повлиять на осмысление происходящего. Самоподобный объект — объект, в точности или приближённо совпадающий с частью себя самого: целое приобретает ту же форму, что и одна или более частей. Размывание характерных пространственных и временных соотношений в системе и общее падение энергии – общие сигналы приближения к критическому переходу или состоянию [1, 20].

В метафорах единство диахронического и синхронического, жизненная диалектика, перипетии жизни «схватываются» особенно легко и гармонично: человек получает доступ к осмыслению ценности своего опыта – как для себя самого, так и для окружающих его людей. В психотерапевтическом общении, где бессознательное участвует почти неизбежно, метафорический язык нарратива ценен по ряду

причин [7; 21; 22; 23; 24]:

Он более открыт для анализа и понимания. Здесь символика почти ни за что не прячется. Так, если пациент, практически «не выходящий из дома», сравнивает себя с улиткой или премудрым пескарем, он может весьма открыто описать свою жизненную позицию и ожидания. Дальнейший анализ уже становится не нужен: проведена тончайшая диагностика в терминах, понятных бессознательному психотерапевта, да и самого пациента.

Он мощнее в плане психотерапевтического вмешательства, проходящего от сознания психотерапевта к бессознательному пациента и от бессознательного психотерапевта к бессознательному пациента. Метафора «западает» в душу, вызывая самые разные процессы: обострение конфликта, катарсис, определение темы для собственных медитаций и размышлений, для обсуждения с близкими и «дальними».

Он легче для понимания пациентом, поскольку, с одной стороны, «усыпляет» сознание, дает ему возможность расслабиться, с другой, приводит в действие те механизмы осознания и аспекты осмысления, которые в повседневности игнорируются пациентом.

Он раскрывает «слабые сигналы» или маркеры перемен.

Он может быть использован для создания перемен, как триггер.

По тем же причинам метафорический язык может быть и сложным для использования. Поскольку его употребление активизирует взаимодействие сознания и подсознания психотерапевта, а также активизирует процессы их взаимодействия у пациента, то пациент и психотерапевт невольно оказываются перед дилеммой: продолжать привычное самосокрытие или пойти навстречу процессам самораскрытия – самим себе и партнерам.

Использование метафор в нарративной терапии связано с несколькими основными аспектами:

Метафоры позволяют осмыслить наиболее сложные, неполные или амбивалентные для пациента и психотерапевта аспекты проблемных отношений, в том числе, в контексте теории архетипов / архетипических структур, сформировать на основе их анализа более продуктивные в отношении того или иного периода (этапа) жизни человека в том или ином сообществе, и более осознанные ролевые модели, лежащие в их основе «парадигмы» понимания себя и мира;

Метафоры позволяют обнаружить и осмыслить грядущие перемены, а также оказать направленное воздействие на процесс изменений пациента.

Раздел 4. Архетипические метафоры в работе нарративного терапевта. Несмотря на огромное разнообразие нарративов, в них выделяются основные этапы и моменты, присущие любому жизненному нарративу и образующие алгоритм [21; 24]: жизнь в «отчем доме» (присвоение родительского опыта, понимания мира, построение отношения с миром, людьми – жизненных опор), расставание с родным домом (добровольное или вынужденное начало пути), выбор дороги (распутье и выбор, соответствующий цели пути), проверка (на «доброе» или «злое сердце» – эгоизм или взаимопомощь), встреча с будущими помощниками (друзьями, способными помочь), борьба и победа (достижение цели пути и борьба с персонифицированным злом, в результате которой человек становится сильнее и мудрее или, напротив, поддается злу, слабеет), возвращение домой (трудности пути назад, встреча со скрытым злом, смерть при применении старого опыта), возрождение (смерть прошлого, иллюзий, инфантилизма, раскрытие новых творческих способностей, силы и мудрости, помощь друзей, победа внутри и снаружи) и т.д. Каждый этап имеет важное, значение, образуя стадии, каждая из которых имеет свой смысл, который можно раскрыть, задав пациенту ряд вопросов [24]. Описание и проблемы выбора моделей поведения хорошо демонстрируют архетипические и иные типологии развития личности и ее отношений, в том числе, те, что описывают развитие человека и человеческих сообществ с точки зрения их принадлежности к определенным поколениям, их социальным мифам и архетипическим фигурам и сценариям (нарративам). Теория архетипов, созданная К. Г. Юнгом на основе мифологических нарративов, за рубежом получила свое яркое развитие в типологиях Дж. Майерс-Бригс, Э. Шварца, Э. Берна, и других [9; 12; 25; 26; 27; 28; 29; 30]. Опираясь на их работы, практики и теоретики часто выделяют ряд базовых моделей поведения и архетипов как систем отчасти противоречивых базовых потребностей (интенций), а также реализующих их комбинаций [12; 27; 28; 30; 31]. В России заслуживает особого внимания развернутая типология архетипов, представленная в работах А.В. Чернышова, который, исследуя и анализируя сказочные нарративы, выявил ряд персонажей, соответствующих ранее выделенным архетипам: Мать (Мачеха), Богатырь, Левша, Царь, Кощей, Золотая рыбка, Солдат, Василиса Прекрасная, Дурак, Иван-Царевич, Черт, Баба-яга [31]. Однако А.В. Чернышов [31], анализируя древние русские народные сказки и мифы, не обнаружил полных совпадений всех архетипов и

названий, в частности, не нашел четко очерченного архетипа (идеального образа), который соответствовал бы архетипу Творчества. Творчество как процесс воплощения проекта, мечты, представления, процесс превращения нестабильного воображаемого объекта в нечто материальное находит свое отражение в гораздо более поздней сказочной традиции, в авторской сказке в образах русских умельцев из народа [32; 33]. При анализе нарративов «сказочные» архетипы помогают расширять идентичность и сбалансировать разных интенции в отношениях пациента с собой и миром. Архетип может стать оформлением, способом реализации значимых или вероятно значимых для субъекта интенций: изменений, отношения или понимания [9; 27; 31]. Однако еще К.Г. Юнг [27] писал о том, что область архетипов не ограничена, архетипы переходят друг в друга, а сам архетип есть определенная «тенденция к формированию репрезентации мотива». При этом архетипические структуры включают и положительные, и отрицательные черты, что вполне соответствует реальности человеческой жизни, но может образовывать преграды для понимания людьми друг друга, для изменений, делая происходящее между пациентов и психотерапевтом, пациентом и другими людьми, неоднозначным и размытым. Архетип как надкультурное понятие характерен для всего человечества, для каждого человека в той или иной мере. Однако, невозможно и непродуктивно игнорировать культурный контекст. Нарративная терапия может быть вполне успешна, продуктивная и эффективна, если использовать для поддержки и осуществления трансформаций не столько сами архетипы, сколько ролевые модели – некоторые эталонные (однозначные) совокупности поведенческих шаблонов, которые обладают типовыми характеристиками и выступают как образцы для подражания. Ролевая модель, как и архетип, обладает надкультурным значением, однако, она обязательно обращена к коллективному бессознательному и входит в процессе социализации человека в той или иной мере полно и интенсивно, в зависимости от особенностей культурного контекста. Она может стать основой нового способа жизни. При этом ролевые модели отвечают различным ситуациям жизни и, что важно, не имеют конфликтов с культурным контекстом, могут применяться в качестве специфических, и в качестве надкультурных, обладающих специфическим воплощением в конкретной среде.

Раздел 5. Развитие метафор – модели развития архетипов. Архетип или ролевая модель, при всей «вневременности» и «надкуль-

турности», являются более или менее специфичными, представляя в сознательном и бессознательном пациента те или иные аспекты в зависимости от времени и пространства его жизни. Один из интересных подходов к учету диахронических и синхронических аспектов ролевых моделей, пониманию культурно-исторических особенностей их форм и содержания, востребованности и реализованности, дает так называемая «спиральная динамика», которая опирается на работы американского психолога и философа 60-х годов XX века Кл.В. Грейвса [7, 1, 29]. Он исследовал «эмерджентные циклические уровни существования», которым подвержены «взрослые биопсихосоциальные системы», полагая, что человеческие сообщества проходят уровни развития, которые проявляются как различные подходы к решению проблем, которые перед ними ставит реальность. Каждая стадия его развития в этом пространства характеризуется специфической системой ценностей, различным когнитивным настроением («когнитивными очками» или стратегиями понимания себя и мира) и разными моделями поведения. Кл. Грейвс утверждал, что в обычных обществах превалирует та или иная парадигма, которая, помогая обществу решать одни задачи, поднимает перед ним другие, для решения которых необходима смена парадигмы [30]. Позже Д. Бек и Кр. Коуэн [25; 28; 30] отметили, что каждый уровень развития связан со своими ценностями и миропониманием, которое влияет на более или менее осознанные устремления (интенции) и выбор моделей поведения (реагирования на проблемы) [1; 34]. Обычно реализуется движение от одного уровня к следующему, расположенному выше на спирали, но возможно и нисходящее движение, «деградация» к ценностям более низкого уровня [28; 34]. Д. Бек и К. Уилбер ввели понятие «мастеров спирали» – людей и сообществ, способных рефлексировать и использовать потенциал каждой стадии и изменения в сообществе для развития человека, его отношений с собой и миром [20; 25; 30]. Аналогичная модель моделей поведения разных типов людей, их развития с течением времени, в разных историко-политических периодах, представлена в теории поколений, разработанной У. Штраусом и Н. Хоутом. Они полагают, что существуют «поколенческие циклы», отражающие повторяющуюся модель поведения разных типов поколений, в которых так или иная «возрастная идентичность» доминирует. Люди каждой отдельной возрастной группы (когорты) имеют тенденцию разделять особый набор отношений и ценностей, представлений («когнитивные очки») и моделей пове-

дения и общения, постольку, поскольку они выросли в одинаковых исторических условиях. Эти исследователи выделяют ряд поколенческих архетипов, которые последовательно повторяются, создавая и поддерживая ритмы цикла кризисов/пробуждений [35, р. 84, 101—104]. В каждый момент времени во внутреннем пространстве – времени человека – одновременно присутствует несколько альтернативных «парадигм» или моделей. В свою очередь, каждая из них порождает семейство шаблонов, которые в совокупности формируют понимание и отношение к различным жизненным проблемам. Задача психотерапевта – связывать пациента с находящимися в стадии апогея мифами или моделями и регулярно «пересаживать» её с «нисходящей», продемонстрировавшей свои ограничения и ошибки, парадигмы на другую, «восходящую», дающую более развитое, полное и точное, понимание себя и мира.

Выводы. В нарративной терапии метафора выступает как сигнал и триггер перемен: ее использование так или иначе выявляет зоны, подверженные изменениям и стимулирует сами изменения. Анализ архетипических метафор и более конкретных метафор – метафор ролевых моделей - позволяет оценить направленность внутреннего движения пациента к реализации той или иной мотивации, интенции, поддержать восходящие и/или притормозить нисходящие интенции. В техническом выражении это означает использование методик типа «рыбалка» и «дорога их хлебных крошек», описанных Э. Минделл, «усилитель слабых сигналов» или анализ и трансформацию архетипических и ролевых структур отношений человека к себе и миру, стоящих за ними «парадигм» миропониманий, применение методик, подобных анализу проективных методик, в том числе разработанной нами для оптимизации обработки данных ТАТ, теста «Кто Я?» и иных проективных методик, например, разработанной нами методики «Правило трех» [1; 15; 18; 19; 36], которая дает возможность выявления ролевой модели, которая может помочь человеку в преодолении трудностей, построении программы его действий.

В нарративной терапии пациент как читатель настраивается на то, что история, которую он будет создавать и/или изучать, имеет гораздо больше смыслов, чем это могло бы показаться: он сам становится ищущим и осмысляющим метафоры, с которыми вступает в резонанс в процессе нарративной терапии. В нарративе дано не только прошлое и настоящее, но и будущее, которое, просачиваясь через метафоры, может быть осознанно и осмыслено.

Литература

1. Уфимцев, Р. Мерцающие зоны. – Калининград: Ателье ER, 2009. – 29 с.
2. Lewin, R. Complexity: Life at the Edge of Chaos. – Chicago: University of Chicago Press, 2000. – 242p.
3. Бейтсон, Г. Экология разума. – М.: Смысл. 2000. – 476 с.
4. Пригожин И. Порядок из хаоса: Новый диалог человека с природой / Общ. ред. В. И. Аршинова, Ю. Л. Климонтовича и Ю. В. Сачкова. – М.: Прогресс, 1986. – 432 с.
5. Hilborn R.C. Sea gulls, butterflies, and grasshoppers // American Journal of Physics. – 2004. – V.72 (4). – P. 425 – 427.
6. Lorenz E.N. Predictability: does the flap of a butterfly's wings in Brazil set off a tornado in Texas? // 139th Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science (29 Dec 1972). N.-Y.: AAAS, 1972 in Essence of Chaos. – 1995. – Appendix 1. – P. 181.
7. Бакурова О.Н. Чувствительность к проблеме: психологические подходы к определению и изучению // Вестник Калужского университета. – 2015. – №3. – С.82-90.
8. Ван Рай, В. Зарождающиеся тенденции и «джокеры» как инструменты формирования и изменения будущего // Foresight-Russia. – 2012. – V. 6. – № 1. – С. 60-73.
9. Аналитическая психология: Прошлое и настоящее / К.Г. Юнг, Э. Сэмюэлс, В. Одайник, Дж. Хаббэж; Сост. В.В. Зеленский, А.М. Руткевич. – М.: Мартис, 1995. – 320 с.
10. Уилбер, К. Интегральная духовность: Новая роль религии в современном и постсовременном мире. – М.: Айпрактик, 2013. – С.1-34.
11. Франц, фон М-Л. Прорицание и синхрония. Психология значимого случая. – СПб.: Б.С.К., 1998. – 107 с.
12. Юнг К. Г. Синхрония. – М.: «Рефл-бук», К.: «Ваклер», 2003. – 320 с.
13. Медоуз Д.Л. От соперничества к сотрудничеству. – М.: РХТУ им. Д. И. Менделеева, 1999. – 237 с.
14. Форрестер, Дж. Современные проблемы кибернетики: Сб. статей / Дж. Форрестер, Ю. Рендер, Д. Медоуз, В. Бехренс // Знание. - Сер. Математика и кибернетика. – 1977. – №7. – 45с.
15. Meadows D. H. Leverage Points: Places to Intervene in a System. – N.-Y.: The Sustainability Institute, 1999. – 21p.
16. Арпентьева М.Р. Взаимопонимание как феномен межличностных отношений (на материале психологического консультирования). Дисс. ... докт. психол. наук. – М.: МГУ, 2015. – 497 с.
17. Минигалиева М.Р. Когнитивные схемы и эвристические процессы в социальном познании // Мир психологии. – 1999. – №3. – С. 37 – 46.
18. Harris D. & Zeisler St. Weak signals: Detecting the next big thing // The Futurist. – 2002. –V. 36 (6). – P. 21 – 29.

19. Минделл Э. Психотерапия как духовная практика. – М. : НФ «Класс», 1997. – 160 с.
20. Scheffer, M., Bascompte, J., Brock, W. A., Brovkin, V., Carpenter, S. R., Dakos, V., Held, H., van Ness, E. H., Rietkerk, M. & Sugihara, G. Early-warning signals for critical transitions // *Nature*. – 2009. – V.461. – P. 53-59.
21. Арпентьева, М.Р., Терентьев А.А. Сказкотерапия в развитии понимания себя и мира / Под ред. М. Р. Арпентьевой. – Калуга: КГУ, 2016. – 792с.
22. Зинкевич-Евстигнеева, Т. Д. Путь к волшебству (теория и практика сказкотерапии) . – СПб. : Питер, 1998. –140 с.
23. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Мастер сказок. – СПб.: Речь. 2012. – 220 с.
24. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – СПб. : Речь, 2013. – 230 с.
25. Бек Д., Коуэн Кр. Спиральная динамика. Управляя ценностями, лидерством и изменениями в XXI веке. – М. : Открытый Мир; Best Business Books, 2010. – 424 с.
26. Марк М., Пирсон К. Герой и бунтарь. – СПб.: Питер, 2005.– 336с.
27. Юнг К. Душа и миф. Шесть архетипов. – Киев, 1996. – 236 с.
28. Beck D.E., *Spiral dynamics: mastering values, leadership, and change* / D.E. Beck, C.C. Cowan – New Jersey: Blackwell Publishing, Inc, 2000. – 335p.
29. Briggs-Myers I., McCaulley M.H., Quenk N.L., Hammer A.L. *Manual: A Guide to the Development and Use of the Myers-Briggs Type Indicator*. – Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, 1998. – 420p.
30. *The Never Ending Quest: Dr. Clare W. Graves Explores Human Nature* / Cowan Ch. C. and N. Todorovic (eds.). – Santa Barbara, CA : ECLET Publishing, 2005. – 570 p.
31. Чернышов, А.В. Русские архетипы в брендинге и эффективность телерекламы. Автореф. дисс... канд. социол. наук. – Нижний Новгород : НГУ им. Н. И. Лобачевского, 2011. – 22 с.
32. Лесков, Н.С. Левша. Собрание сочинений в 5 т. – Т. 3.. – М. : Правда, 1981. – 310с.
33. Бажов, П. П. Уральские сказы. – М. : Зенит, 1993. – 336 с.
34. Пекар, В. Разноцветные миры // *Управление персоналом* – Украина. – 2010. – № 10 (204). – С. 56 – 67.
35. Howe N., Strauss W. *The Fourth Turning*. – New York: Broadway Books, 1997. – 400 p.
36. Loveridge, D. *Foresight: The Art and Science of Anticipating the Future*. – N.-Y.: Routledge. 2009. – 420p.

Сведения об авторе

Арпентьева Мариям Равильевна – доктор психологических наук, доцент, профессор, старший научный сотрудник кафедры психологии

развития и образования, Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского; e-mail: mariam_rav@mail.ru

Arpentieva Mariam Ravilievna, grand doctor (Grand PhD) of psychological Sciences, associate professor, professor and senior researcher of the department of development and education psychology, Tsiolkovskiy Kaluga state University; e-mail: mariam_rav@mail.ru

Ассанович М.А.

АНАЛИЗ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ МОНТГОМЕРИ-АСБЕРГ НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ РАША

Аннотация. Цели и задачи исследования: психометрический анализ измерительных свойств русскоязычной версии шкалы оценки депрессии Монтгомери-Асберг на основе модели Раша.

Результаты и выводы: эффективное практическое применение русскоязычной версии шкалы оценки депрессии Монтгомери-Асберг требует объединения пунктов «Внутреннее напряжение» и «Усталость» в один общий пункт, оцениваемый по максимальному баллу ответа на любой из этих двух пунктов. Объединение данных пунктов улучшает дискриминативные свойства и надежность шкалы.

Ключевые слова: шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг, модель Раша

Key words: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Rasch model

Оценка тяжести депрессии в психиатрической клинике необходима для квалификации состояния пациента, определения тактики лечения, прогноза и контроля за состоянием пациента в динамике проводимой терапии. Одной из наиболее известных психометрических шкал оценки тяжести депрессии является шкала Монтгомери-Асберг (MADRS). Шкала направлена на оценку тяжести депрессии у пациентов с установленным диагнозом депрессии. Особенность MADRS состоит в чувствительности к незначительным изменениям, превосходящая таковую у шкалы Гамильтона. MADRS содержит 10 депрессивных симптомов, оцениваемых от 0 до 6 баллов. К данным симптомам относятся: видимая печаль, высказываемая печаль, внутреннее напряжение, сокращенный сон, сниженный аппетит, трудности концентрации, усталость, неспособность чувствовать, пессимистические мысли, суицидальные мысли. Исследование тяжести депрессии

проводится в форме неструктурированного клинического интервью с постановкой как общих, так и детализированных вопросов. Общий показатель по шкале принимает значения в диапазоне от 0 до 60. Установлены критерии для оценки четырех степеней выраженности депрессии [1, 17].

Шкала Монтогомери-Асберг не проходила проверку измерительных свойств в русскоязычной популяции с помощью современных психометрических технологий. В связи с этим актуальным представляется психометрический анализ шкалы с определением метрических свойств в русскоязычной популяции.

Цель исследования: психометрический анализ измерительных свойств русскоязычной версии шкалы MADRS.

Материал и методы исследования. В качестве методологической основы для проведения психометрического анализа была выбрана модель Раша. Данная модель предложена датским математиком Г. Рашем в 1960 г. С тех пор она развилась в самостоятельную систему вероятностных математических методов построения измерительных психодиагностических шкал. Концептуальное ядро модели Раша основано на анализе каждого ответа испытуемых на каждый диагностический пункт методики. Базовое уравнение модели описывает функциональную связь вероятности ключевого ответа испытуемого на пункт шкалы с уровнем выраженности у него измеряемого конструкта и трудностью диагностического пункта, на который дается ответ. Используя в качестве отправной точки это базовое уравнение, было создано целая система математических итерационных методов построения линейных равноинтервальных измерительных шкал [2, 67].

В настоящем исследовании использовался политомический вариант модели Раша, разработанный для построения рейтинговых измерений Дж. Мастерсом в 1982 г. Технология применения политомической модели Раша соответствовала алгоритму, принятому в психометрических исследованиях с использованием данной модели [2, 279; 3].

На первом этапе психометрического исследования на основе модели Раша проводилась оценка соответствия распределения трудностей ответных категорий диагностических пунктов распределению мер выраженности депрессии у испытуемых. Данная оценка проводилась путем визуального анализа карты распределения мер трудности и мер конструкта [2, 134].

Далее проведена оценка конструктивной валидности каждого пункта методики. Оценка конструктивной валидности в метрической системе Раша основана на определении величины среднеквадратичных остатков от разности между моделированными ответами на пункт и фактически полученными при обследовании испытуемых. В соответствии с правилами моделирования по Рашу оценивались два среднеквадратичных индекса валидности: невзвешенный (UMS) и взвешенный (WMS). Ожидаемое значение индексов, которое говорит о хорошем соответствии, равно 1. Значения меньше 1 свидетельствуют о чрезмерной предсказуемости ответов на пункт в контексте измеряемого конструкта. Значения больше 1 говорят о большом уровне шума и низком соответствии ответов наблюдаемым данным. Эмпирически приемлемый диапазон оценок индексов валидности для диагностических интервью составляет [0.6.....1.4] [2, 167].

На следующем этапе проведена оценка конструктивной размерности шкалы. Соответствие принципам научного измерения требует, чтобы психометрическая шкала имела одномерную структуру, т.е. оценивала только один конструкт, в данном случае, депрессию. Оценка размерности шкалы проводилась путем анализа методом главных компонент (МГК) нормализованных остатков от разницы между вероятностями наблюдаемых и ожидаемых ответов на пункты шкалы. Остатки были получены в ходе анализа с помощью модели Раша. В соответствии с рекомендованными критериями одномерная структура шкалы определяется тогда, когда в факторной матрице остатков все факторы имеют собственные числа не больше 2. На последнем этапе рассчитывалась психометрическая сепарационная статистика. Эта статистика включает индекс надежности шкалы, сепарационный индекс и индекс числа слов – статистически значимых уровней депрессии, которые способна диагностировать методика в выборках испытуемых [2, 178].

В соответствии с целью исследования была сформирована выборка экспериментальных данных. Выборка включала 477 протоколов исследования с помощью MADRS пациентов с легкой, умеренной и тяжелой степенями депрессии. Возраст испытуемых находился в диапазоне 23-54 года. Среди них 223 мужчин и 254 женщин.

Психометрический анализ включал все этапы анализа шкалы в рамках метрической системы Раша: оценку карты распределения мер депрессии и трудностей ответных категорий, оценку конструктивной валидности пунктов в рамках новой шкалы, оценку размерности

шкалы и определение показателей надежности и сепарационной статистики.

Результаты исследования. Оценка соотношения мер выраженности депрессии и трудностей ответных категорий пунктов MADRS показала, что распределение мер выраженности в выборке испытуемых находилось в достаточно широком диапазоне от -2,8 логитов до 2,1 логитов. Величина диапазона разброса мер выраженности депрессии составила 4,9 логитов. Меры трудностей ответных категорий пунктов находились в диапазоне от -4,1 логитов до 3,0 логитов. Величина диапазона составила 7,1 логитов, что значительно превысило величину диапазона мер выраженности депрессии (4,1 логитов). Ответные категории пунктов охватили весь диапазон выраженности депрессии у испытуемых.

Оценка конструктивной валидности диагностических пунктов шкалы Монтгомери-Асберг на основе значений индексов UMS и WMS показала, что все пункты, кроме двух, имели адекватные значения индексов WMS и UMS, не выходящие за допустимые пределы (0,6 – 1,4). Два пункта обнаружили аномально высокие значения индексов, отражающие низкую конструктивную валидность. К данным пунктам относились пункт «Внутреннее напряжение» (WMS=2,56; UMS =2,45) и пункт «Усталость» (WMS=1,94; UMS =1,83). Указанные пункты обнаружили чрезмерно большие среднеквадратичные остатки от разности между ожидаемыми вероятностями ответов и фактическими ответами испытуемых на данные пункты. Большие величины остатков свидетельствуют о том, что перечисленные пункты не выполняют свои диагностические функции в структуре шкалы, несмотря на то, что они отражают типичные симптомы депрессии.

Оценка размерности шкалы MADRS осуществлялась путем анализа результатов факторного анализа нормализованных остатков модели Раша с помощью МГК. Анализ факторной матрицы остатков показал, что первый фактор с максимальным вкладом в дисперсию имел значение собственного числа, равное 1,579. Данный фактор отличался биполярной структурой и содержал высокие факторные нагрузки с противоположными знаками пунктов «Внутреннее напряжение» и «Усталость». Биполярная структура фактора говорит о том, что поведение указанных пунктов в шкале носит реципрокный характер, тогда как, формат измерительной шкалы подразумевает их синергичное функционирование. В связи с этим данные пункты показали низкую конструктивную валидность по значениям индексов

остатков. Собственные числа остальных факторов в матрице не превышали собственное число первого фактора. На основании полученных данных следует сделать вывод, что шкала Монтгомери-Асберг характеризуется одномерной структурой.

Надежность и дискриминативность шкалы MADRS оценивалась с помощью сепарационной статистики модели Раша. Сепарационный индекс имел высокое значение (3,83), что свидетельствует о достаточно высоких дифференцирующих свойствах методики. В группе испытуемых шкала способна распознать более 5 статистически значимых уровней выраженности депрессии (индекс числа слоев равен 5,44). Значение индекса надежности составило 0,94, что является высоким показателем.

Учитывая наличие в структуре шкалы пунктов, обнаруживших низкую конструктивную валидность, однако представляющих типичные симптомы депрессии, было проведено их реструктурирование. Пункты «Внутреннее напряжение» и «Усталость» были объединены в один пункт «Психомоторные нарушения». Данный пункт оценивался по максимальному баллу за ответ на любой из этих двух пунктов. Тем самым было достигнуто непротиворечивое участие двух пунктов в структуре шкалы. Повторная оценка конструктивной валидности пунктов на основе модели Раша показала, что все 9 пунктов имели адекватные показатели конструктивной валидности в пределах от 0,6 до 1,4.

Оценка показателей сепарационной статистики и надежности обнаружила улучшенные значения. Сепарационный индекс повысил свое значение до 5,02. Способность шкалы к распознаванию статистически значимых уровней выраженности депрессии увеличилась на два уровня (индекс числа слоев равен 7,03). Повысилось значение индекса надежности (0,96).

Таким образом, проведенное исследование показало, что русскоязычная версия шкалы оценки депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS) обладает положительными психометрическими характеристиками, включающими одномерную структуру шкалы, адекватную конструктивную валидность пунктов (за исключением двух пунктов), достаточно высокую дискриминативность и надежность. Диагностические пункты «Внутреннее напряжение» и «Усталость» обнаружили низкую конструктивную валидность вследствие взаимно подавляющего поведения в структуре шкалы. Реструктурирование данных пунктов с объединением их в один общий пункт, оцениваемое

мый по максимальному баллу ответа на любой из этих двух пунктов, позволило улучшить показатели сепарационной статистики и надежности шкалы.

Литература

1. Ассанович М.А. - Клиническая психодиагностика. Специализированные методики и опросники. Г:ГрГМУ, 2013.
2. Bond T. G., Fox C.M. - Applying the Rasch Model: Fundamental Measurement in the Human Sciences. LEA, 2007.
3. Masters G. N. - A Rasch model for partial credit scoring // Psychometrika. 1982. Vol.47, №2. P. 149–174.

Сведения об авторе

Ассанович Марат Алиевич – кандидат медицинских наук, доцент, УО «Гродненский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, заведующий кафедрой медицинской психологии и психотерапии; e-mail: 70malas@gmail.com

Бабарахимова С.Б.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

Аннотация. Выявлена корреляционная взаимосвязь между деструктивными тенденциями и аффективной патологией у подростков с депрессивными расстройствами поведения, влияние степени тяжести депрессивной патологии на формирование и выраженность суицидальных намерений и попыток. Анализ деструктивных тенденций в структуре подростковых депрессивных расстройств поведения определил, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов и являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование клинических особенностей аутодеструктивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных.

Ключевые слова: поведенческие нарушения, депрессивные расстройства, подростки, суицидальные тенденции.

Key words: behavioral disorders, depressive disorders, adolescents,

self-destructive actions

Актуальность. Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем также ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации. Проблема самоубийства среди молодежи чрезвычайно актуальна во многих странах, так как суицид является третьей или четвёртой по значимости причиной смерти среди молодых людей [1, 12]. Повышенная опасность осуществления деструктивных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью [4, 41]. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения [2]. Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста [3, 87-88]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением, имеют «стёртый», маскированный характер, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями [5, 114-120].

Цель исследования: изучить клинические особенности деструктивных действий у подростков с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы: объектом для исследования было выбрано 46 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Ведущими методами исследования явились клиничко-психопатологический и катamnестический. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала Гамильтона и шкала Бека, для выявления уровня тревоги - опросник тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

Результаты и обсуждение: в зависимости от преобладания симптомов депрессии все пациенты были разделены на пять групп: с дисфорической депрессией-56%(n=26), тревожной депрессией-16%

(n=7), дисморфофобической депрессией -13%(n=6), маскированной депрессией-8%(n=4), астено-апатической депрессией - 7% (n=3). При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 28 мальчиков и 18 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 76% случаев (35 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 16% подростков – констатировалась выраженная тревога. В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (56%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (13%). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 31% обследуемых, в 15% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки. Суицидальные мысли не всегда выявлялись при опросе пациентов. В ряде случаев о них становилось известно при заполнении подростками субъектив-

ной шкалы оценки депрессии Бека. При целенаправленном опросе этих больных и их родителей выяснялось, что за некоторое время до совершения суицидальной попытки были отмечены рассуждения на мортальные темы, иногда переживания больного отражали рисунки в школьных тетрадях, которые имели суицидальное содержание.

Анализ аутодеструктивного поведения у подростков установил неоднородность и различие в клинических проявлениях суицидальных тенденций в зависимости от типа депрессии. Так, при дисфорической депрессии выявлено в 80% случаев наличие импульсивных суицидальных мыслей и тенденций в основном у мальчиков, возникающих на высоте патологического аффекта под воздействием психотравмирующих факторов, конфликтов с родителями и сверстниками, а также при употреблении алкогольных напитков и токсикоманических препаратов. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддитивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление психоактивных веществ. Двое подростков из этой группы совершили суицидальные попытки в виде нанесения самопорезов в области локтевых сгибов и пять девочек-подростков с психопатоподобным радикалом личностных особенностей прибегли к принятию больших доз лекарственных препаратов, которые констатировались как демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия. У подростков с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течении всего дня, с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния и при отсутствии понимания со стороны родных у 3 больных сформировалось чувство страха, появились суицидальные мысли и тенденции, имеющие, согласно традиционной классификации суицидов, характер аффективных суицидов. Суицидальное поведение при депрессии тревожного типа ограничивалось редкими мыслями о нежелании жить или угрозами, во время эпизодов ажитации.

В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Данный тип депрессии наблюдался только у девочек и сопровождался расстройствами приёма пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии. В большинстве случаев в преморбиде у девочек-подростков не отме-

чалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста. Девочки высказывали недовольство своим весом, чрезмерным отложением жира в различных частях своего тела, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк, слишком большого размера живота и груди. Жалобы в основном были на слабoboлие, подростки винили себя в скованности, робости, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве. Суицидальные тенденции в этой группе ограничивались только мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей, которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах социальных сетей и сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. Оценка суицидальных мыслей и намерений в данной группе подростков позволяет отнести их к истинным суицидам и включить в группу риска. При использовании теста Люшера больные не могли опираться на самооценку своего состояния, что позволяло определять психологическое содержание переживаемой ситуации. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 56% случаев (26 исследуемых) пациенты испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. У лиц с дисфорической депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвыситься и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного и делинквентного поведения. В ряде случаев у 7 больных (15%) с астено-апатической и маскированной депрессией выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 11% случаев установлено напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются непосильными для него.

Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось во внутриличностном конфликте, нарушении взаимоотношений с родителями и близкими, нарушением школьной адаптации и в 10% случаев привело к появлению суицидальных мыслей и намерений.

У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание от чувства недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, систематические пропуски школьных занятий, злоупотребление спиртным. В большинстве случаев преобладало демонстративное суицидальное поведение, несущее в себе элементы шантажа, но не утрачивающее при этом своей опасности. Наряду с этим встречались импульсивные суицидальные действия. При опросе больных обнаруживалось, что в основе суицидального поведения лежали идеи наказания своей смертью родителей, а также страх собственного наказания за реально совершенные действия. Суицидальные намерения и действия обосновывались в 5 случаях идеями собственной несостоятельности и формирующимся «сознательным отвращением к жизни», лишь в 1 случае чувством вины.

Заключение: анализ деструктивных тенденций в структуре подростковых депрессивных расстройств поведения определил, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов и являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование клинических особенностей аутодеструктивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных.

Литература

1. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. - М, 2000г.
2. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом

личностных особенностей.// Актуальные вопросы психического здоровья // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием посвященной памяти профессора В.И. Григорьева. Рязань, 2015; С. 12-18

3. Иванова Т.И. Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. Волгоград. 24–26 апреля 2007 г. Волгоград: ВолгГМУ, 2007; С.87–88

4. Калачева И.О., Пронина Л.А., Ларионов В.А. Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков // Росс Психиатр Журн 2006; 4:С. 41–45

5. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people aged 15–19. World Psychiatry 2005; 4: 2: P.114–120.

Сведения об авторе

Бабарахимова Сайёра Бориевна – Ташкентский педиатрический медицинский институт, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии. Tel +998909370340. E-mail sayuora_barievna2010@bk.ru

Грачева О.Г., Павлищев Д.В.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СОТРУДНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Keywords: emotional burnout, depersonalization, psychotraumatic factors, emotional response, burnout phase

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, деперсонализация, психотравмирующие факторы, эмоциональное реагирование, фазы выгорания

Приведена характеристика подходов к объяснению феномена «эмоциональное выгорание» в зарубежной и отечественной психологии. Проанализированы результаты исследования различий в проявлении синдрома «эмоциональное выгорание» у сотрудников психиатрической клиники с разной спецификой профессиональной деятельности.

На территории Российской Федерации неуклонно растет количество учреждений для больных с психическими нарушениями, а это значит, что на первый план выходит проблема профессиональной пригодности сотрудников данных организаций и их психологическое здоровье. Рассматривая проблему удовлетворенности жизни и

профессионального выгорания у сотрудников психиатрических клиник, следует отметить ее актуальность в наше время. Исследование удовлетворенности жизнью и степени развития профессионального выгорания необходимо для нахождения путей, существующих в этой сфере профессиональной деятельности проблем с целью сделать работу специалистов более продуктивной, сохранить компетентность работников сферы здравоохранения для успешной адаптации больных и усовершенствования профессиональных навыков.

Специалисты, которые работают в области охраны психического здоровья (врачи-психиатры, наркологи, специалисты-психотерапевты, клинические психологи, телефонные консультанты, логопеды, педагоги-дефектологи, работники социальных служб, средний и младший медицинский персонал), больше других подвержены риску возникновения синдрома «эмоционального выгорания», так как специфика их профессиональной деятельности связана не просто с постоянными контактами с людьми, а с определенными особенностями данных контактов и отношений. В некоторых случаях эти взаимоотношения могут привести к «профессиональным деформациям», которые при неблагоприятных обстоятельствах служат основой личностного кризиса. Изучая особенности взаимодействия в триаде «врач-сестра-больной», И.Харди выделил и описал специфические характеристики состояний медицинских работников, названные им «отравление людьми», которые проявляются в эмоциональном напряжении, холодности, черствости, раздражительности. Все это является защитной формой поведения и проявляется в равнодушии к пациентам. А если врач любит свою профессию, то можно в некоторых случаях наблюдать феномен ухода в работу от жизненных проблем и трудностей [1, 24].

На большую роль эмоций в профессиональной деятельности врача при работе с психически больными людьми указывал и П.В. Симонов, который проанализировал феномен эмоционального резонанса или «заразительности эмоций». Другие авторы при изучении последствий длительного общения с психически больными людьми выделяли у медицинских работников резкое уменьшение толерантности к пациентам. Польский психиатр и философ А. Кемпински рассматривал в качестве причины возникновения эмоционального выгорания в специфическом взаимоотношении психиатра и психически больного. Еще в 1974 году американский психиатр Н.И. Freudenberger, описывая психологическое состояние, возникающее

у волонтеров служб охраны психического здоровья в виде нервного истощения, разочарования в работе, вплоть до полного отказа от нее, впервые использовал термин «синдром выгорания сотрудников» («staffburnoutsyndrome») и описал его как результат повышенных требований к собственным возможностям, который вызывает истощение или износ, происходящий в человеке. Данное исследование вызвало резкий всплеск интереса к данной проблеме, обусловленный высокой значимостью проблемы для специалистов, работающих в сфере помогающих и коммуникативных профессий, и с данного момента времени исследования, посвященные синдрому «эмоционального выгорания» в разных областях профессиональной деятельности ведутся очень интенсивно.

J.A. Diezetal. и C.R. Herreraetal описали синдром выгорания у сотрудников психиатрических учреждений и проанализировали частоту его встречаемости среди специалистов различных учреждений и с различным рабочим стажем в психиатрии. Симптомами синдрома являлось эмоциональное истощение, уменьшение или утрата эмпатии и собственной значимости, а также понижением самооценки, причем авторы делают акцент на том, что чаще этот синдром встречается у работников отделений для хронических душевнобольных, а также у молодых специалистов-психиатров [2, 188].

Синдром эмоционального выгорания («эмоциональное сгорание») – специфическая форма профессиональной деформации личности, сталкивающейся во время выполнения своих обязанностей с теснымобщением с людьми. Признаками эмоционального выгорания являются: чувство безразличия, равнодушия, истощенности, изнеможения, проявляющееся в том, что человек уже не относится к работе так, как прежде; дегуманизация, заключающаяся в появлении негативного отношения к коллегам и пациентам; негативное профессиональное самовосприятие, проявляющееся в появлении ощущения собственной некомпетентности и недостатка профессионального мастерства [3, 28].

В.Е.Орел описывает «эмоциональное выгорание» как явление дезадаптации личности и говорит о возможности появления синдрома «выгорания» как специфической интегративной реакции на дезадаптацию личности применительно к профессиональной среде. В своих исследованиях автор приводит ключевые детерминанты «эмоционального выгорания», которые разделены на два вида факторов: индивидуальные и организационные. Среди первых В.Е. Орел опи-

сывает социально-демографические факторы (к которым относятся пол, стаж, возраст, образование и др.) и личностные особенности, включающие «локус-контроль», самооценку, выносливость и т.п. Среди всех описанных выше факторов наиболее тесную связь с «эмоциональным выгоранием», по мнению исследователя, обнаруживает возраст. Однако, согласно другим исследованиям, «эмоциональное выгорание» у специалистов, работающих в психиатрических клиниках, наступает уже через полтора года после начала профессиональной деятельности. К группе организационных факторов В.Е.Орел относит условия материальной среды, социально-психологические условия деятельности и содержание работы [4, 105].

Согласно точке зрения В.В. Бойко, эмоциональное выгорание – это выработанный личностью субъекта механизм психологической защиты в виде полного или частичного исчезновения эмоций или снижения их энергетики в ответ на психотравмирующие воздействия или факторы. Это динамический процесс, который в своем развитии проходит ряд этапов, в полном соответствии с механизмом развития стрессового состояния. При эмоциональном выгорании выделяются все фазы стресса:

- нервное (тревожное) напряжение – оно возникает из-за существования хронической психоэмоциональной атмосферы, дестабилизирующей обстановки, ситуации повышенной ответственности, трудности профессиональной деятельности;

- резистенция, то есть сопротивление, – ситуация, когда личность пытается оградить себя от неприятных впечатлений и обстоятельств;

- истощение – уменьшение психических ресурсов, падение эмоционального тонуса, наступающее по причине того, что сопротивление неэффективно.

Наиболее подробно компоненты «эмоционального выгорания» охарактеризовал В.В.Бойко. Первый компонент он назвал «напряжение», которое характеризуется эмоциональной вялостью, равнодушием, усталостью, вызванные профессиональной деятельностью субъекта. К симптомам «напряжения» он относит:

- восприятие профессиональной деятельности и ее условий как психотравмирующие обстоятельства;

- недовольство трудовой деятельностью, приводящее к тому, что человек не воспринимает себя как профессионала;

- желание сменить работу, обусловленное чувством безысходности;

– возникновение напряженности, тревожности и депрессии в профессиональной деятельности.

Второй компонент, выделенный В.В.Бойко – «резистенция». Эта фаза характеризуется эмоциональным истощением, у личности возникает комплекс защитных реакций, делающих человека замкнутым, отстраненным, равнодушным, быстро устающим от любой деятельности. К симптомам «резистенции» можно отнести:

– безразличие к трудовой деятельности, ее условиям и компонентам;

– эмоции у человека становятся бедными, личность замыкается в себе и ограничивает круг своего общения;

– недовольство собой, своей профессией, профессиональная деятельность обесценивается.

Третий компонент профессионального выгорания – это «истощение». На этой фазе появляется циничное отношение к коллегам и больным, нарушается процесс коммуникации в профессиональной деятельности, могут развиваться психосоматические заболевания, редукция профессиональных достижений и опустошенность. К симптомам данного компонента относятся: появление автоматизма в трудовой деятельности, эмоции сводятся к минимуму; в профессиональных коммуникациях начинают возникать барьеры; ухудшается физическое и психологическое здоровье [2, 190].

В.Е. Орел описал психологический портрет врача, имеющего «эмоциональное выгорание». Характеризуя поведение данного специалиста, он говорит, что специалист старается избегать встреч с коллегами, постоянно смотрит на часы, опаздывает на работу и задерживается допоздна. Также отмечается повышенная потребность в употреблении разнообразных психоактивных веществ. Отличительной особенностью врачей с синдромом «эмоционального выгорания» является их отношение к пациенту больше как к предмету, нежели как к личности. Все это может отразиться на адаптации больного, которая оказывается безуспешной из-за непрофессионального, циничного отношения врача.

«Эмоциональное выгорание» сотрудников психиатрических клиник происходит в короткие сроки, в среднем через 1,5-2 года. Это обусловлено спецификой профессиональной деятельности, которая характеризуется постоянным общением с людьми, имеющими психические отклонения. Еще одним психотравмирующим фактором являются условия трудовой деятельности: низкий уровень заработной

платы, недооценка своей профессиональной значимости другими специалистами, проблемы с общением в коллективе и другие. Важным фактором возникновения «эмоционального выгорания» может стать частота общения с психически больными людьми. Сам феномен «эмоционального выгорания» включён в перечень диагнозов МКБ -10, как фактор, влияющий на состояние здоровья населения и обращение в учреждения здравоохранения.

Для выявления степени выраженности синдрома «эмоционального выгорания» было проведено исследование в психиатрических клиниках г. Саратова сотрудников с разной спецификой профессиональной деятельности. В исследовании приняли участие 100 человек, среди которых 35 врачей-психиатров, 35 медсестер и 30 прочих сотрудников психиатрических клиник (социальная служба, инженеры и другие). В исследовании использовался опросник «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко. Для выявления различий между группами испытуемых был применен t-критерий Стьюдента.

Согласно результатам исследования, в группе врачей наблюдается самая высокая степень выраженности синдрома выгорания по сравнению с медсестрами и остальными сотрудниками психиатрической клиники. При этом максимальные значения в фазе «истощения» выявлены именно у группы врачей. Это свидетельствует о срыве возможностей адаптации врачей-психиатров с развитием явлений психической дезадаптации в виде сформировавшегося синдрома выгорания. Причиной этого может служить более тесный контакт с больными, что приводит к эмоциональному перенапряжению и истощению. Излишнее проявление симптомов в фазах «напряжения» и «резистенции» показывает то, что специалист «горит» на работе, и это признаки профессиональных проблем. При этом нельзя сказать, что он «выгорел», это попытки приспособиться к ритму работы. Не является фактом и то, что он «выгорит» в перспективе – в положительном случае «выгорание» стабилизируется: выраженность симптомов фаз «напряжения» и «резистенции» снизится, и сдвига в сторону фазы «истощения» не произойдет. Таким образом, важно подчеркнуть, что говорить о клинической выраженности синдрома эмоционального выгорания можно только при наличии симптомов фазы «истощения», так как напряжение других фаз показывает чрезмерно затратное приспособление к профессиональной деятельности, а выраженность «истощения» свидетельствует о конечном итоге, т.е. о «выгорании». В таблице представлены показатели синдрома выго-

рания у различных групп испытуемых.

Показатели синдрома выгорания у различных групп испытуемых

Группы	Фаза напряжения, симптомы				Сумма
	Переживание психотравмирующих обстоятельств	Неудовлетворенность собой	Переживание психотравмирующих обстоятельств	Неудовлетворенность собой	
Врачи	15,3*	6,4	4,8	6,5	33
Медсестры	9,8	5,6	3,9	6,3	25,6
Прочие сотрудники	12,2	6,5	5,1	7,2	31

Группы	Фаза резистенции, симптомы				Сумма
	Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	Эмоционально-нравственная	Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	Эмоционально-нравственная	
Врачи	17,8*	14,8*	8,6*	13,2	54,4
Медсестры	16,4	8,2	4,2	12,4	41,2
Прочие сотрудники	12,6	11,4	6,8	12,2	43

Группы	Фаза истощения, симптомы				Сумма
	Эмоциональный дефицит	Эмоциональная отстраненность	Личностная отстраненность или деперсонализация	Психосоматические и психовегетативные нарушения	
Врачи	8,8	12,4*	6,6	6,3	34,1
Медсестры	7,5	6,8	6,4	5,8	26,5
Прочие сотрудники	8,6	9,2	7,2	7,9	32,9

Установлено, что среди выделенных профессиональных групп наибольший суммарный показатель синдрома выгорания отмечен у врачей – 118,31 балла; наименьший – у испытуемых третьей группы – 100,44; медсестры продемонстрировали промежуточный результат – 108,88 балла, что говорит об отсутствии статистически значимых различий в выраженности «синдрома выгорания».

При анализе различий в отдельных структурных элементах фаз «синдрома выгорания» среди изучаемых групп, то нами были получены следующие результаты:

– врачи продемонстрировали наибольшие степени выраженности симптомов «переживания психотравмирующих обстоятельств» фазы

«напряжения» (различия на уровне значимости $p < 0,05$ с группой медсестер), что свидетельствует об осознании психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или вообще неустранимы, которые ведут к появлению и усилению остальных симптомов «выгорания». Также самые высокие показатели у врачей были выявлены во всех симптомах фазы «резистенции», что показывает попытки врачей облегчить условия профессиональной деятельности для уменьшения эмоциональных затрат. Это может проявляться в таких особенностях поведения, как эмоциональная черствость, безразличие, невежливость. Об этом говорят и высокие показатели по симптомам «эмоциональный дефицит» и «эмоциональная отстраненность» (различия на уровне значимости $p < 0,05$ с группой медсестер) фазы «истощения», которые являются сигналом для врача о том, что ему в данное время сложно помогать эмоционально субъектам своей деятельности;

– в группе медсестер наиболее высокие показатели были выделены в симптомах «неудовлетворенности собой», «загнанности в клетку» и «тревоги и депрессии» фазы «напряжения» (см. таблицу), проявляющихся в неудовлетворенности своим статусом, своей профессией, своими профессиональными обязанностями, и при попытках изменить что-то приходит чувство безысходности. Если вовремя не убрать психотравмирующие факторы, то может возникнуть состояние интеллектуально-эмоционального тупика. Чувство неудовлетворенности работой и собой приводят к сильному напряжению в форме переживания ситуативной или личностной тревоги, разочарования в себе, в своей профессиональной деятельности, в конкретной должности или месте работы. Симптом «тревоги и депрессии», – отправной момент в появлении тревожной напряженности при формировании эмоционального выгорания. Данные отличия, в сравнении с другими группами испытуемых, не достигали уровня статистической значимости;

– наибольшими степенями выраженности у группы сотрудников психиатрической клиники, имеющих наименьший контакт с больными, обладают симптомы «личностной отстраненности или деперсонализации» и «психосоматических и психовегетативных нарушений» фазы «истощения». Это вытекает из специфики работы данных испытуемых. Человек пытается убрать эмоции из своей профессиональной деятельности. На работе такого человека не затрагивают никакие обстоятельства – ни позитивные, ни негативные.

Причем это не относится к личностным особенностям человека, а отражает ситуацию, возникшую на рабочем месте или в коллективе, и является механизмом психологической защиты. В других сферах эмоциональная жизнь является полноценной. Статистически значимые различия в этой группе испытуемых выявлены, только в симптоме «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» в фазе «резистенции» (с группой врачей на уровне значимости $p < 0,05$), что свидетельствует о попытках показать эмоциональную реакцию в процессе общения с субъектами профессиональной деятельности и с коллегами по работе.

В заключение следует отметить, что человек, относящийся к себе положительно, предполагает существование у него каких-то недостатков, допускает представление о своем несовершенстве, отражающееся в конкретных действиях и поступках, и тогда он становится на путь преодоления своих отрицательных качеств. Это может изменить и всю его последующую жизнь. Если же информация о несоответствии реальных поступков и желаемого поведения не рефлексируется и не доносится до сознания, то и человек не может самосовершенствоваться, поскольку сигналы конфликта включают механизмы психологической защиты. Данные защитные механизмы действуют в ситуации, когда достижение цели определенным способом невозможно или, когда человек предполагает, что оно невозможно. Следует подчеркнуть, что это не способы достижения желаемой цели, а способы организации частичного и временного душевного равновесия с тем, чтобы собрать силы для реального преодоления возникших трудностей. Вовремя преодоленные трудности являются мощным сдерживающим фактором формирования синдрома «эмоционального выгорания».

Литература

1. Бабанов С.А. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / С.А. Бабанов, Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. – 336 с.
2. Юрьева Л.Н. Особенности синдрома выгорания у сотрудников психиатрических служб / Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова. – Курск: Курск. гос. ун-т., 2008. – 336 с.
3. Морозов В.В. Профессиональное выгорание медицинской сестры как следствие специфики трудового процесса / В.В. Морозов, Т.В. Ога-

несьян // Сестринское дело. 2010. №3. С.27-29.

4. Водопьянова Н.Е. Профилактика и коррекция синдрома выгорания. – СПб: Изд-во С. - Петерб. ун-та, 2011. – 160 с.

Сведения об авторах

Оксана Геннадиевна Грачева – кандидат социологических наук, доцент кафедры «Психология и прикладная социология» Саратовского государственного технического университета имени Гагарина Ю.А.; e-mail: ksangr@gambler.ru

Дмитрий Владимирович Павлищев – заместитель главного врача по профилактике и реабилитации государственного учреждения здравоохранения «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии»

Григорьева И.В., Кралько А.А., Ладо А.В., Сергеенко И.В.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВОМ ПРОФИЛАКТОРИИ

Статья посвящена оценке качества жизни пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в лечебно-трудовой профилактории. Проведен анализ их субъективного восприятия различных факторов, связанных с качеством жизни, выявлено значительное снижение показателей социального и ролевого функционирования, психического здоровья. Обоснована необходимость использования показателя качества жизни при планировании и оценке реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: качество жизни, лечебно-трудовой профилакторий, синдром зависимости от алкоголя, реабилитация.

Key words: quality of life, medical-labor dispensary, alcohol dependence syndrome, rehabilitation.

Существующий в настоящее время интегративный подход к оценке состояния зависимых лиц, учитывает наряду с клиническими показателями их уровень функционирования во всех социальных сферах и качество жизни (КЖ), как важный субъективный показатель, отражающий удовлетворенность своим состоянием и положением в обществе.

Оценка КЖ, по мнению авторитетных ученых, является надежным, информативным и экономичным методом оценки здоровья пациента на групповом и индивидуальном уровне [1, 120]. В нарко-

логических исследованиях оценка КЖ является важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение.

Оценка КЖ помогает врачу индивидуализировать симптоматическую терапию и получить важную для прогноза заболевания информацию. Пациент-ориентированный подход в медицине предполагает изучение различных факторов, влияющих на КЖ пациентов [2, 61; 3, 347].

Особое значение придается не только уровню объективного функционирования, но и субъективному функциональному статусу пациентов, а также удовлетворенностью КЖ, в ближайший и отдаленный период [1, 156]. Проведенные исследования уровня и моделей потребления алкоголя показали, что основной причиной высокого уровня распространенности потребления алкоголя является ряд социальных и личностных обстоятельств: отсутствие полезных увлечений, интересных занятий и неумение правильно организовать свой досуг; дефекты воспитания в семье; недостаточное антиалкогольное просвещение и воспитание; невысокий уровень духовной культуры; влияние «питейных» традиций и высокий уровень потребления спиртных напитков среди всего населения; массовое производство и доступность спиртных напитков; широкая реклама алкоголя на телевидении, в кино, средствах массовой информации [4, 224].

Нарушение самосознания у лиц, зависимых от алкоголя, наблюдается практически на всех этапах развития зависимости. В то же время для успешной медико-социальной реабилитации имеет значение не только преодоление анозогнозии, но и степень критичности пациента к своим психопатологическим переживаниям, его способность оценивать свой статус как зависимого человека, а также адекватность восприятия внешних обстоятельств, собственной личности и своих возможностей. Искажение этих показателей затрудняет процесс реабилитации [5, 55].

Имеет значение не только критичность зависимых пациентов к своему психическому и физическому здоровью, но и их отношение к различным сторонам своего функционирования, удовлетворенность своей жизнью в целом и ее различными составляющими.

Установлено, что показатели КЖ зависимых от алкоголя в сфере психического благополучия и исполняемых ролей ниже, чем в общей популяции [6, 1057]. КЖ зависит от наследственной отягощенности психическими и соматическими заболеваниями, степени тяжести алкогольной зависимости, наличия аффективных расстройств, а также

от характера терапевтических и реабилитационных вмешательств [7, 72; 8, 257].

Несмотря на то, что злоупотребление алкоголем является серьезной причиной заболеваемости и смертности и составляет значительную часть бремени болезней, качество жизни лиц, злоупотребляющих алкоголем, недостаточно изучено. Исследователи отмечают, что КЖ индивидов с алкогольной зависимостью значительно снижено, но улучшается в результате отказа от употребления алкоголя, снижения его употребления или контролируемого употребления. Основные факторы, ухудшающие КЖ индивидов с алкогольной зависимостью: психиатрическая коморбидность, неблагоприятная социальная среда и нарушения сна [9, 1690].

Отмечено, что при зависимости от алкоголя пациенты, особенно в абстинентном и постабстинентном периоде, находятся в кризисном состоянии, когда способность к объективному анализу ситуации нарушается [5, 57].

Субъективная оценка функционального статуса пациента необходима для общей характеристики состояния зависимого человека, последующего изучения влияния различных профилактических и реабилитационных программ, разработки индивидуализированной программы терапии и оценки эффективности лечения [5, 59].

Субъективное восприятие пациентами различных факторов, связанных со здоровьем, представляет интерес для изучения уровня психосоциального регулирования, психосоциальной оценки и исхода, а также для учета соотношения позитивных и негативных чувств в процессе реабилитации, долгосрочного психосоциального сопровождения и повышения эффективности реабилитационных программ. Психосоциальная поддержка является специальным компонентом улучшения КЖ, способствует формированию позитивной реабилитационной среды [1, 80].

В настоящее время формирование мотивации к обращению за лечебной и реабилитационной помощью пациентов и улучшение КЖ является сегодня ключевой задачей в процессе проведения реабилитационного процесса. Для пациентов, согласившихся на участие в лечебно-реабилитационной программе, является очень важным находиться в постоянном мотивационном тоне и получать подкрепление правильности выбранного пути [10, 1430].

Нарушение самосознания у лиц, зависимых от алкоголя, наблюдается практически на всех этапах развития зависимости. В то же

время для успешной медико-социальной реабилитации имеет значение не только преодоление анозогнозии, но и степень критичности к своим психопатологическим переживаниям, способность оценивать свой статус как зависимого человека, а также адекватность восприятия внешних обстоятельств, собственной личности и своих возможностей. Искажение этих показателей затрудняет процесс реабилитации [5, 60].

Измерение качества жизни (КЖ) при оценке результатов лечения позволяет выделить связи между: алкогольной зависимостью и социальной средой; изменениями в качестве жизни в результате отказа от алкоголя, снижения употребления и контроля над употреблением алкоголя.

Исследования показали, что показатели КЖ зависимых от алкоголя лиц в сфере психического благополучия и исполняемых ролей ниже, чем в общей популяции [7, 74]. КЖ зависит от наследственной отягощенности психическими и соматическими заболеваниями, степени тяжести алкогольной зависимости, наличия аффективных расстройств, характера терапевтических и реабилитационных вмешательств [8, 259].

Выявление дефицитов КЖ и компонентов личностного потенциала лиц с зависимостью от алкоголя зависимости важны для определения мишеней психологической коррекции в процессе комплексной реабилитации [7, 75].

Психосоциальная поддержка зависимых от алкоголя лиц является специальным компонентом улучшения КЖ, способствует формированию позитивной реабилитационной среды, в которой происходит преодоление имеющейся социальной дезадаптации, оздоровление межличностных отношений в профессиональной и семейно-бытовой жизни.

До настоящего времени не проводилось исследований по оценке качества жизни пациентов в ЛТП, что является необходимым для разработки метода комплексной медико-социальной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя находящихся в условиях ЛТП. Учет комплекса характеристик, включающих наряду с клиническими данными показатели качества жизни, создает основу для интергационного подхода к лечебно-реабилитационному процессу и осуществления сбалансированного медикаментозного, психотерапевтического и психосоциального воздействия.

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов с син-

дромом зависимости от алкоголя находящихся в условиях ЛТП для разработки метода комплексной медико-социальной реабилитации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 300 пациентов мужского пола в возрасте от 21 до 59 лет с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях «Лечебной трудовой профилакторий № 1» и «Лечебной трудовой профилакторий № 5» УДИН МВД Республики Беларусь». Средний возраст пациентов составил $40,8 \pm 9,4$ лет.

Использовался клинико-психопатологический метод и метод клинического интервью (Бел-ИТА/В-ASI) [11], оценка качества жизни проводилась с помощью опросника SF-36 (1992 г.).

Результаты. Объем выборки составил 300 лиц мужского пола: в ЛТП №1 – 200 лиц; в ЛТП №5 – 100 лиц. Средний возраст в ЛТП №1 составил $39,8 \pm 9,4$ лет; в ЛТП №5 – $41,5 \pm 9,01$ лет. Средний стаж злоупотребления алкоголем у пациентов ЛТП №1 – 16,5 лет, пациентов ЛТП №5 – 16,7 лет.

К моменту поступления в ЛТП 23% из пациентов отметили, что имели неблагополучный профессиональный статус и работали только периодически, у 30% пациентов в течение длительного времени отсутствовала работа. Один из пациентов имел к моменту поступления в ЛТП 3 группу инвалидности.

Анализ данных показал, что по всем шкалам опросника SF-36, кроме физического функционирования полученные баллы были значительно снижены.

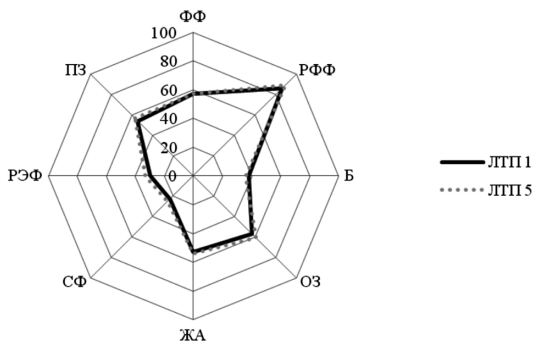


Рис. 1. Результаты исследования качества жизни по опроснику SF-36 у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

* ПЗ – Психическое здоровье, РЭФ – Ролевое эмоциональное функционирование, СФ – Социальное функционирование, ЖА – Жизненная активность, ОЗ – Общее состояние здоровья, Б – интенсивность боли, РФФ – Ролевое физическое функционирование, ФФ – физическое функционирование

Незначительное снижение показателей по шкале Физическое функционирование у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $57,7 \pm 1,57$ и $57,0 \pm 1,14$ ($p=0,722$) показывают, что не смотря на длительный период злоупотребления приемом алкоголя ограничение физической активности и трудоспособности носило незначительный характер и определяло возможность использования в процессе реабилитации трудотерапии.

Высокие показатели Ролевого физического функционирования в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $86,25 \pm 1,6$ и $89,8 \pm 1,28$ ($p=0,503$) свидетельствуют о незначительном снижении их активности в повседневной деятельности и нормальном выполнении повседневных обязанностей.

Низкие показатели по шкале Интенсивность боли в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $38,95 \pm 2,4$ и $36,2 \pm 2,65$ ($p=0,095$) свидетельствовали, что имеющиеся постабстинентные расстройства характеризуются различными болевыми симптомами и являются фактором, ограничивающим жизненную и трудовую активность.

Оценка своего состояния здоровья в настоящий момент по шкале Общее здоровье характеризуется снижением показателей в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $57,7 \pm 1,4$ и $61,3 \pm 1,72$ ($p=0,347$), что соответствует тенденции общей неуверенности пациентов в своем здоровье и потребности в помощи специалистов, неуверенности в успешности освобождения от зависимости.

Снижение показателей по шкале Жизненная активность в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $53,03 \pm 1,44$ и $54,9 \pm 1,27$ ($p=0,735$) подтвердило снижение у пациентов жизненной активности, наличия состояния утомленности от нерешенных вопросов в семье и на работе.

Значительное снижение показателей по шкале Социальное функционирование в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $23,81 \pm 1,53$ и $25,0 \pm 1,66$ ($p=0,028$) связано с ограничением социальных контактов и рабочих взаимоотношений, отсутствием работы до поступления в ЛТП, снижением ухудшением взаимоотношений с семьей и близкими, наличие состояния социальной дезадаптации.

Значительное снижение показателей по шкале Ролевое эмоциональное функционирование в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $30,17 \pm 4,09$ и $33,30 \pm 4,42$ ($p=0,037$) показало, что их эмоциональное состояние в процессе злоупотребления алкоголем способствовало появлению семейных конфликтов и значительному сужению круга социальных интересов, преобладанию контактов с людьми с алкогольной субкультурой.

Некоторое снижение показателей по шкале Психическое здоровье в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $54,08 \pm 1,42$ и $57,0 \pm 1,14$ ($p=0,704$) характеризует наличие состояния психического неблагополучия, снижении осознанности алкогольных проблем и необходимости помощи в понимании выхода из имеющегося жизненного кризиса, наличие депрессивных, тревожных переживаний.

Выводы. Выявленное снижение показателей ролевого физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования, боли, жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя подтверждает наличие у них социальной дезадаптации до поступления и в течении первого месяца нахождения в ЛТП.

Пациенты с синдромом зависимости от алкоголя находящихся в условиях ЛТП имеют более низкий уровень психического и социального функционирования, низкий уровень удовлетворенности качеством жизни.

Длительное злоупотребление приема спиртного оказывало отрицательное влияние на важнейшие функции человека: психическое и социальное функционирование.

Учет субъективного восприятия пациентами с синдромом зависимости от алкоголя находящихся в условиях ЛТП различных факторов, связанных с их здоровьем для изучения создает условия для определения уровня психосоциального регулирования, разработки индивидуализированной программы реабилитации, максимальной вовлеченности каждого пациента в процесс планирования, начала проведения целенаправленного анализа сложившейся алкогольной ситуации, разрешения и интенсивного осваивания возможных вариантов нового поведения, выработки последовательного плана действий по достижению трезвости, оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / А.А. Новик, Т.И. Ионова под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа групп», 2007. – 320с.
2. Петрова, Н.Н. Сравнительный анализ качества жизни больных с нервно-психическими и соматическими расстройствами / Н.Н. Петрова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1999. – № 2. – С. 60–63.
3. Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. тру-

дов т. 137 / СПб. науч.-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; научн. ред. А.С. Ломаченков, В.А. Михайлов. – СПб., 2001. – Т. СXXXVI. – 416 с.

4. Дгебуадзе, Л.В. Формирование социальной компетенции как средство профилактики алкоголизма несовершеннолетних. В кн.: Дружининские чтения: сборник материалов XII Всероссийской научно-практической конференции. Сочи: Сочинский гос. Университет, 23-25 мая 2013. / Л.В. Дгебуадзе, О.Г Паладич. – С. 224–227.

5. Никифоров, И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария / И.И. Никифоров // Наркология. – 2005. – № 7. – С. 53–63.

6. Polak, K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome / K. Polak // Psychiatr. Pol. – 2001. – Vol. 35, № 6. – P. 1057–1070.

7. Rudolf, H. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment / H. Rudolf, S. Priebe // Drug Alcohol Dependence – 2002. – Vol. 66. – № 1. – P. 71–76.

8. Foster, J.H. Quality of Life in Alcohol-Dependent Subjects: A Review. /J. H. Foster, J. E. Powell, E. J. Marshall, T.J. Peters // Quality of Life Research. – 1999. – Vol. 8. – № 3 – P. 255–261.

9. Foster, J. H. Application of a Quality of Life Measure, the Life Situation Survey (LSS), to Alcohol-Dependent Subjects in Relapse and Remission / J.H. Foster, E.J. Marshall, T.J. Peters // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2000. – № 24. – P. 1687–1692.

10. Ware, J.E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. SF-36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view/ J.E. Ware // BMJ. – 1993. – Vol. 306. – P. 1429–1430.

11. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) В.В. Позняк и др. // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. –Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. – Дата доступа: 10.01.2017.

Сведения об авторах

Григорьева Инесса Викторовна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Беларусь, inessgrig@mail.ru

Кралько Алексей Аркадьевич, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий Республиканским центром наркологического мониторинга и превентологии, РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Беларусь

Лудо Анастасия Васильевна, лаборант РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Беларусь

Сергеенко Илона Валерьевна, лаборант РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Беларусь

Докукина Т.В., Копыток А.В., Голубева Т.С., Луцинская С.И.,
Неволина Е.А., Махров М.В., Захаревич О.Ю., Трущенко М.Н.,
Будько Т.О., Шеремет Е.А.

ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Аннотация. Осуществлено исследование инвалидности вследствие деменций в Республике Беларусь, которое позволило охарактеризовать динамику уровня инвалидности при данной патологии, его зависимость от пола и возраста, выявить особенности нозологической структуры дементных состояний. Приведенные данные могут быть использованы при планировании организационных мероприятий по оказанию помощи данному контингенту.

Ключевые слова: деменция, болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, инвалидность

Kew words: dementia, old age, occurrence, disability

В последнее десятилетие для Республики Беларусь, как и для многих европейских стран, характерно увеличение доли пожилых людей в населении. По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь за период с 2010 по 2015 гг. доля населения пенсионного возраста увеличилась с 22,5% до 24,4%. Это ведет к росту количества зарегистрированных случаев психических заболеваний, характерных для пожилого и старческого возраста, в частности, органических психических расстройств и деменций [1,78].

Число пациентов с деменцией, обратившихся за оказанием специализированной медицинской помощи в государственные организации здравоохранения, увеличилось за последние пять лет на 20% и в 2015 г. составило 16 670 человек (175,8 на 100 тыс. населения). Деменция составляет около 20% от всех заболеваний психически и поведенческими расстройствами, впервые установленными у лиц пожилого возраста. Так, в 2015 г. впервые выявленная деменция у пациентов в возрасте старше 60 лет (4987 чел.) составила 21,6% от всех впервые диагностированных психических и поведенческих расстройств среди населения указанной возрастной группы (23 086 чел.). При этом деменция впервые выявлена у 1 429 мужчин (21,7% от общего количества обращений мужчин старше 60 лет по поводу психических расстройств) и 3 558 женщин (21,5%). Относительный показатель первичной заболеваемости деменцией в возрасте старше 60 лет в 2015 году составил 262,3 на 100 тыс. населения и был

выше среди женского населения (289,9 на 100 тыс.) по сравнению с мужским (212,2 на 100 тыс.). На протяжении последнего десятилетия первичная заболеваемость деменцией лиц пожилого и старческого возраста среди городского населения республики была выше, чем среди сельского населения республики (в 2015 году – 284,1 на 100 тыс. и 213,2 на 100 тыс. соответственно) [1,78; 2,122].

Общая заболеваемость деменцией населения пожилого возраста в 2015 г. составила 800 случаев на 100 тыс. населения, в то время как по оценкам ВОЗ среди населения развитых стран мира в возрасте 60 лет и старше распространенность деменций составляет от 5 до 8 человек на каждые 100 жителей. По мнению экспертов, данный факт указывает на недостаточную обращаемость и выявляемость случаев заболеваемости деменцией в республике, что обусловлено различными причинами: особенностями белорусской ментальности, опасениями обращаться за оказанием психиатрической помощи, ограниченными возможностями сельского населения, низкой информированностью населения о симптомах деменции и возможностях оказания медицинской и социальной помощи [1,79; 3,59].

Целью настоящего исследования являлось изучение инвалидности вследствие деменций в Республики Беларусь, характеристика показателей первичной инвалидности, выявление особенностей нозологической структуры дементных состояний.

Изучение показателей первичной инвалидности при деменциях проводилось на основании материалов базы данных талонов учёта экспертной и консультативной работы медико-реабилитационных экспертных комиссий информационной системы «Инвалидность», функционирующей в Государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», за 2008-2015 гг.

Для расчета интенсивных показателей использовались данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

В структуре первичной инвалидности взрослого населения по обращаемости в медико-реабилитационные экспертные комиссии на долю деменций в Республике Беларусь в 2015 г. приходилось 4,2%, в том числе в структуре первичной инвалидности вследствие психических расстройств – 77,8%.

В 2015 г. медико-реабилитационными экспертными комиссиями Республики Беларусь при первичном освидетельствовании инвалид-

ность среди взрослого населения (возраст 18 лет и старше) вследствие деменций устанавливалась в 2 385 случаях, при повторном освидетельствовании – в 1377 случаях (таблица 1). При первичном освидетельствовании в 92,5% случаев (2 206 человек) инвалидность устанавливалась лицам в возрасте 65 лет и старше, при переосвидетельствовании – в 66,2% случаев (912 человек). Женщинам инвалидность устанавливалась чаще: в 74,2% случаев (1770 человек) при первичном освидетельствовании и в 54,2% случаев (746 человек) – при повторном.

В структуре причин выхода на инвалидность вследствие деменций основное место занимала сосудистая деменция (F01) – 55,3%. Удельный вес деменции при болезни Альцгеймера (F00*) составил 21,7%, деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02) – 8,1%, деменции неуточненной (F03) – 14,9%. Т.е. соотношение деменции при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции в структуре первичной инвалидности составило 1 : 2,5. В структуре инвалидности, установленной при переосвидетельствовании, также выявлено преобладание сосудистой деменции (50,9%), на долю деменции при болезни Альцгеймера приходилось 12,6%.

Таблица 1. Численность признанных инвалидами вследствие деменций среди взрослого населения Республики Беларусь в 2015 г.

Нозологическая форма	Возраст	Впервые признанные инвалидами			Признанные инвалидами при переосвидетельствовании		
		муж	жен	всего	муж	жен	всего
Деменция при болезни Альцгеймера (F00*)	всего	131	387	518	67	106	173
	65 лет и старше	108	349	457	44	88	132
Сосудистая деменция (F01)	всего	289	1029	1318	256	445	701
	65 лет и старше	277	1009	1286	195	419	614
Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02)	всего	114	79	193	222	98	320
	65 лет и старше	63	62	125	32	34	66
Деменция неуточненная (F03)	всего	81	275	356	86	97	183
	65 лет и старше	70	268	338	26	74	100
Итого	всего	615	1770	2385	631	746	1377
	65 лет и старше	518	1688	2206	297	615	912

Уровень первичной инвалидности вследствие деменций за 2015 г. составил 3,10 на 10 тыс. взрослого населения, в т.ч. среди лиц возраста 65 лет и старше – 16,22 на 10 тыс. населения возраста 65 лет и старше (таблица 2), уровень инвалидности, установленной при переосвидетельствовании – 1,79 и 6,70 соответственно.

Уровень первичной инвалидности среди женщин за исследуемый период (4,22 на 10 тыс. женского населения) превысил таковой среди мужчин (1,76 на 100 тыс. мужского населения) в 2,4 раза ($p < 0,001$), в т.ч. в возрастной группе 65 лет и старше – в 1,6 раза (18,29 на 10 тыс. женского населения возраста 65 лет и старше против 11,84 на 10 тыс. мужского населения данного возраста, $p < 0,001$). Зависимости уровня инвалидности, установленной при переосвидетельствовании, от пола не выявлено.

При болезни Альцгеймера уровень первичной инвалидности среди женщин (0,92 на 10 тыс. населения) был выше, чем среди мужчин (0,38 на 10 тыс. населения) в 2,5 раза ($p < 0,001$), в возрасте до 65 лет и старше – в 1,5 раза ($p < 0,001$) (3,78 против 2,47 на 10 тыс. соответствующего населения). При переосвидетельствовании различия уровня инвалидности при данном заболевании по полу были несущественны.

При сосудистой деменции интенсивный показатель выхода на инвалидность среди женщин (2,45 на 10 тыс. населения) превысил таковой среди мужчин (0,83 на 10 тыс. населения) в 3,0 раза ($p < 0,001$), в т.ч. в возрасте 65 лет и старше – в 1,7 раза (10,94 на 10 тыс. женского населения возраста 65 лет и старше против 6,33 на 10 тыс. мужского населения данного возраста, $p < 0,001$). При переосвидетельствовании уровень инвалидности был в 1,5 раза выше среди женщин (1,06 на 10 тыс. населения), чем среди мужчин (0,73 на 10 тыс. населения), в то же время в возрасте 65 лет и старше данные показатели существенно не различались.

При деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках, уровень первичной инвалидности среди мужчин (0,33 на 10 тыс. мужского населения) был выше, чем среди женщин (0,19 на 10 тыс. женского населения) в 1,7 раза ($p < 0,001$), а в возрасте 65 лет и старше – в 2,1 раза (1,44 на 10 тыс. мужского населения против 0,67 на 10 тыс. женского населения соответствующего возраста и пола, $p < 0,001$). При переосвидетельствовании уровень инвалидности среди мужчин (0,64 на 10 тыс. мужского населения) был в 2,7 раза выше ($p < 0,001$), чем среди женщин (0,23 на 10 тыс. женского населе-

ния), в возрасте 65 лет и старше – в 2,0 раза (0,73 на 10 тыс. мужского населения против 0,37 на 10 тыс. женского населения, $p < 0,01$).

Таблица 2. Уровень инвалидности взрослого населения Республики Беларусь вследствие деменций в 2015 г. (на 10 тыс. населения)

Нозологическая форма	Возраст	Первичная инвалидность			Инвалидность, установленная при переосвидетельствовании		
		муж	жен	всего	муж	жен	всего
Болезнь Альцгеймера (F00*)	всего	0,38	0,92	0,67	0,19	0,25	0,23
	65 лет и старше	2,47	3,78	3,36	1,01	0,95	0,97
Сосудистая деменция (F01)	всего	0,83	2,45	1,72	0,73	1,06	0,91
	65 лет и старше	6,33	10,94	9,45	4,46	4,54	4,51
Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02)	всего	0,33	0,19	0,25	0,64	0,23	0,42
	65 лет и старше	1,44	0,67	0,92	0,73	0,37	0,49
Деменция неуточненная (F03)	всего	0,23	0,66	0,46	0,25	0,23	0,24
	всего	1,60	2,90	2,48	0,59	0,80	0,74
Итого	всего	1,76	4,22	3,10	1,81	1,78	1,79
	65 лет и старше	11,84	18,29	16,22	6,79	6,67	6,70

При деменции неуточненной показатель первичного выхода на инвалидность среди женщин (0,66 на 10 тыс. женского населения) превысил таковой среди мужчин (0,23 на 10 тыс. мужского населения) в 2,8 раза ($p < 0,001$), в том числе в возрастной группе 65 лет и старше – в 1,8 раза (2,90 на 10 тыс. женского населения против 1,60 на 10 тыс. мужского населения, $p < 0,001$). Различия показателей инвалидности, установленной при переосвидетельствовании, при данной патологии среди мужчин и женщин были незначительны.

Анализ динамики уровня инвалидности вследствие деменций показал, что с 2008 г. по 2015 г. показатель первичной инвалидности вырос в 3,2 раза: с 0,97 до 3,10 на 10 тыс. взрослого населения ($p < 0,001$), в т.ч. при деменции при болезни Альцгеймера – в 3,4 раза (с 0,20 до 0,67 на 10 тыс. взрослого населения, $p < 0,001$), при сосудистой деменции – в 2,9 раза (с 0,60 до 1,72 на 10 тыс. взрослого населения, $p < 0,001$), при деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках – в 3,8 раза (с 0,07 до 0,25 на 10 тыс. взрослого населения, $p < 0,001$), при деменции неуточненной – в 4,1 раза (с 0,11 до 0,46 на 10 тыс. взрослого населения, $p < 0,001$) (таблица 3).

Таблица 3. Динамика уровня первичной инвалидности взрослого населения Республики Беларусь при деменциях (на 10 тыс. населения)

Год	Болезнь Альцгеймера (F00*)	Сосудистая деменция (F01)	Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02)	Деменция неуточненная (F03)	Всего
2008	0,20	0,60	0,07	0,11	0,97
2009	0,21	0,61	0,09	0,13	1,04
2010	0,24	0,74	0,09	0,13	1,20
2011	0,29	0,77	0,13	0,13	1,32
2012	0,40	1,13	0,18	0,20	1,90
2013	0,46	1,41	0,15	0,32	2,35
2014	0,53	1,42	0,18	0,34	2,46
2015	0,67	1,72	0,25	0,46	3,10
Средне-годовой показатель	0,37	1,05	0,14	0,23	1,79

Уровень инвалидности, установленной при переосвидетельствовании, за исследуемый период также значительно увеличился: с 0,70 на 10 тыс. взрослого населения в 2008 г. до 1,79 – в 2015 г. (рост в 2,6 раза, $p < 0,001$) (таблица 4). При деменции при болезни Альцгеймера уровень инвалидности вырос в 3,4 раза с 0,07 до 0,23 на 10 тыс. взрослого населения, $p < 0,001$), при сосудистой деменции – в 2,9 раза с 0,31 до 0,91 на 10 тыс. взрослого населения, $p < 0,001$), при деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках – на 75,5% (с 0,24 до 0,42 на 10 тыс. взрослого населения, $p < 0,001$), при деменции неуточненной – в 2,7 раза с 0,09 до 0,24 на 10 тыс. взрослого населения, $p < 0,001$).

Таблица 4. Динамика уровня инвалидности, установленной при переосвидетельствовании взрослого населения Республики Беларусь при деменциях (на 10 тыс. населения)

Год	Болезнь Альцгеймера (F00*)	Сосудистая деменция (F01)	Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02)	Деменция неуточненная (F03)	Всего
2008	0,07	0,31	0,24	0,09	0,70
2009	0,09	0,37	0,28	0,08	0,82
2010	0,11	0,45	0,34	0,07	0,97
2011	0,08	0,41	0,41	0,07	0,97
2012	0,14	0,64	0,42	0,11	1,31
2013	0,16	0,82	0,40	0,15	1,53

2014	0,18	0,80	0,43	0,23	1,64
2015	0,23	0,91	0,42	0,24	1,79
Средне- годовой показатель	0,13	0,59	0,37	0,13	1,21

Деменция имеет прогрессирующий и, как правило, необратимый характер течения. Следовательно, важной задачей является организация комплексной медицинской и социальной помощи пациентам, потребности в которой у них с каждым годом возрастают. Кроме лекарственного лечения, важной задачей является сохранение социальной активности пожилого человека, поддержание его коммуникативных навыков, недопущение социальной изоляции, вовлечение в общественно полезную деятельность [1,80; 3,64]. Полученные результаты показывают, что в последние годы наблюдается неуклонный рост показателей инвалидности вследствие деменций. В связи с этим особую актуальность приобретает необходимость совершенствования подходов к ранней дифференциальной диагностике дементных состояний с целью правильного определения лечебной тактики, замедления процесса утраты когнитивных функций.

Литература

1. Инновационные методы в гериатрии: Материалы республиканской науч.-практ. конф, посвященной дню пожилых людей, 06 октября 2016 г. / БелМАПО. – Минск, 2016. – 180с.
2. Т.С. Голубева – Эпидемиологическое исследование деменций пожилого возраста в Республики Беларусь / Т.С. Голубева, Т.В. Докукина, Л.В. Рубаник и др. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2014. – №4 (18). – С. 120-132.
3. Р.А. Евсегнеев – Болезнь Альцгеймера и другие деменции пожилого возраста: есть ли изменения к лучшему? // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – №1(03). – С. 57-66.

Сведения об авторах

Докукина Татьяна Васильевна, доктор медицинских наук, доцент, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, заместитель директора по научной работе, polak0208@mail.ru, tgosinf@mail.ru

Копыток Анна Владимировна, кандидат биологических наук, доцент, Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, заместитель директора по организационно-методической работе

Голубева Татьяна Сергеевна, кандидат биологических наук, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, ве-

душий научный сотрудник

Лущинская Светлана Ивановна, Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, научный сотрудник

Неволина Елена Александровна, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, заведующая психиатрическим (гериатрическим) отделением

Махров Михаил Валерьевич, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, научный сотрудник

Захаревич Ольга Юрьевна, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, научный сотрудник

Трущенко Мария Николаевна, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, научный сотрудник

Будько Татьяна Олеговна, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, научный сотрудник

Шерemet Евгений Альбертович, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, врач-психиатр-нарколог

Енина В.В., Енин К.А., Занозин А.В.

АНАЛИЗ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Аннотация. В статье рассматривается проблема симптоматической коррекции психических дисфункциональных состояний. Проведен анализ симптоматических методов коррекции психического дисфункционального состояния. Авторами определены преимущества и недостатки отдельных психокоррекционных методов, а так же основные этапы проведения психокоррекционных занятий. Показана необходимость формирования навыков достижения психических санногенных состояний, как обязательного условия расширения ресурсных стратегий клиента.

Ключевые слова: психические дисфункциональные состояния, симптоматическая коррекция, психические саногенные состояния

В современных условиях поиск эффективных методов коррекции психических состояний вообще и дисфункциональных состояний в частности, является основной задачей для специалистов, занимающихся психологической помощью. Еще А. Freud (1965) высказывала убеждение о том, что о норме судят по качеству функционирования, в том числе в области секса, труда и сублимации [14,30]. В своих

работах С.Б. Семичев (1987) впервые попытался разграничить состояние нормы, под которой он понимал оптимальное функционирование и переходные предболезненные состояния (дисфункциональные состояния), относимые к здоровью [14,83]. Большинство клиентов обращаются за психотерапевтической или психологической помощью именно из-за нарушений в различных сферах жизнедеятельности (семья, профессиональная деятельность, здоровье, образование и др.). При этом специалист, оказывающий психологическую помощь, не может прямо воздействовать на внешние причины, обусловившие обращение. Как правило, он работает с психическим состоянием и пытается помочь осуществить в нем некоторые изменения [1,7]. В рамках данной работы под психическим дисфункциональным состоянием (ДС) понимается такое психическое состояние, которое затрудняет функционирование в какой либо сфере жизнедеятельности [3,147]. Диагностическими эквивалентами ДС в Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-X) являются диагностические категории, не относящиеся к «Психическим расстройствам и расстройствам поведения» (см.табл.1).

Таблица 1. Дисфункциональные состояния в МКБ-X

Код МКБ-X	Наименование
R 45.0	Нервозность (нервное напряжение)
R 45.1	Беспокойство и возбуждение
R 45.2	Состояние тревоги в связи с неудачами и несчастьями (тревожное состояние)
R 45.3	Деморализация и апатия
R 45.4	Раздражительность и озлобление
R 45.5	Враждебность
R 45.6	Физическая агрессивность
R 45.7	Состояние эмоционального шока и стресса неуточненное
R 45.8	Другие симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию
R 46.3	Чрезмерная активность
R 53	Недомогание и утомляемость Астения, слабость
T 73.3	Истощение и усталость вследствие чрезмерного напряжения
Z 73.0	Переутомление (эмоциональное выгорание)

Поскольку ДС человека оказывают существенное влияние на эффективность его деятельности, общения, физическое и психическое здоровье встает вопрос об их коррекции и терапии. По мнению Р.С. Немова (2007), психокоррекция – это совокупность психологиче-

ских приемов, используемых психологом для исправления недостатков психологии или поведения психически здорового человека [10, 595]. Близка к данному определению А.А. Осипова (2007), которая понимает психокоррекцию как систему мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия [8,7]. Интересно определение П.И. Сидорова (2000), который считает, что психокоррекция – это деятельность специалиста по исправлению (корректировке) тех особенностей личности, психического развития клиента, которые не являются оптимальными для него [15,333]. Сложно не согласиться с определением Б.Д. Карвасарского (2007), полагающего, что психологическая коррекция - это направленное психологическое воздействие для полноценного развития и функционирования индивида [13,20]. По сути, целью психокоррекция ДС является управляемая актуализация психического состояния, способствующего успешному функционированию индивида. При этом благодаря интегрирующей функции состояния, оптимальное психическое состояние оказывает так же положительное влияние на психические процессы и психические свойства [12,105]. Опираясь на точки зрения отечественных психологов на понимание оптимального психического состояния, представляется возможным выработать критерии оптимального психического состояния [11,88]. Так, оптимальным психическим является такое психическое состояние, которое: 1) позволяет наиболее продуктивно осуществлять социальные функции; 2) обеспечивает удовлетворенность выполняемой деятельностью и ее результатами; 3) способствует адекватным выполняемой деятельности характеристикам активности психики и полярностью. В случае психической коррекции достижение оптимального состояния происходит в результате коррекционного воздействия на человека специалистом, оказывающим психологическую помощь. Считается, что у психокоррекции имеется недостаток, связанный с длительностью воздействия. При этом следует учитывать, что от сроков оказания помощи зависит и стойкость эффекта. Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы управления и формирования, что обычно связано с неспособностью человека самостоятельно (даже при приобретении знаний и навыков саморегуляции) изменить параметры своей психической деятельности [7,171].

Вместе с тем, создание оптимального психического состояния с помощью определенных методов - это лишь один из аспектов кор-

рекции психических дисфункциональных состояний. Так как достижение оптимального психического состояния вовсе не означает однозначную успешность деятельности, это лишь способствующий фактор, который должен постоянно поддерживаться и контролироваться. Основываясь на этом утверждении, можно выделить два вида психокоррекции: полная, когда достигается психическое состояние, обеспечивающее успешное выполнение социальных функций, и частичная - достижение оптимальных параметров состояния.

В основе выбора методов психокоррекции специалистом, занимающимся оказанием психологической помощи, должно лежать представление о ДС как о многомерном психическом явлении, имеющем сложную иерархическую организацию. В структуре ДС можно выделить психическую и энергетическую подструктуры, включающих в себя сознание, эмоциональный, гностический (когнитивный), телесно-моторный, мотивационно-волевой и активационный компоненты.

Существует множество разнообразных методов коррекции состояний человека. Для коррекции кратковременных (длительностью до двух недель) непатологических ДС предпочтителен выбор в пользу методов симптоматической коррекции, предполагающей кратковременное воздействие, направленное на смягчение или ликвидацию переживаний и симптомов. В качестве методов симптоматической психокоррекции ДС, можно предложить, аутогенную тренировку, техники мышечной релаксации, тренинг биологической обратной связи, функциональную музыку, дыхательные и трансово-суггестивные психотехники (см. табл 2).

Таблица 2. Сравнительная характеристика методов симптоматической коррекции психического дисфункционального состояния

Методы коррекции ДС	Особенности	
	Отрицательные	Положительные
Аутогенная тренировка	- желание участника осваивать навыки -систематичность сеансов -контроль со стороны психолога	- после обучения легко входить в состояние релаксации - повышается восприимчивость к внушению
Нервно-мышечная релаксация	-отсутствие эмоционального окраса сеанса -наличие времени	- метод прост и доступен в обучении
Функциональная музыка	- субъективное отношение к прослушиванию	- не требует специальной подготовки участников

Использование «БОС»	<ul style="list-style-type: none"> - мотивация клиента осваивать навыки и приложение значительных волевых усилий - повторение курсов через 6 месяцев - контроль со стороны психолога 	<ul style="list-style-type: none"> - заинтересованность обучаемых - легкость и простота освоения - выработка индивидуального для каждого способа регуляции обратной связи с участником
Трансово-суггестивные методы	<ul style="list-style-type: none"> - пассивная роль, отводящаяся суггеренту - внешняя навязанность состояния 	<ul style="list-style-type: none"> - обеспечение оптимальной степени активации психического состояния - быстрый способ актуализации ресурсов
Дыхательные психотехники	<ul style="list-style-type: none"> - гипервентиляция и гиперкапния; - разрушение физиологической дыхательной структуры 	<ul style="list-style-type: none"> - быстрое управление активностью состояния

Как видно из таблицы 2, каждый из предложенных методов коррекции ДС обладает преимуществами и недостатками по сравнению с другими. Данные методы психокоррекции расширяют ресурсные стратегии человека за счет постепенного овладения под руководством психолога или психотерапевта навыками управления собственным психическим состоянием. При этом выбор метода психокоррекции психологом или психотерапевтом будет основываться на виде ДС, своих личностных особенностей и личности клиента, наличия времени и места проведения занятий, а так же технических средств и оборудования. Подробнее остановимся на некоторых из них.

В 1922 г. Чикагский врач Е. Jacobson предложил метод прогрессивной мышечной релаксации [16,178]. При разработке данного метода он исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатой мускулатуры, в то время как при состоянии спокойствия, отмечается расслабление мышц. На основании этого в соответствии с теорией эмоций James-Lange он посредством произвольного самовнушения, расслабляя определенные группы мышц («дифференцированная релаксация»), уменьшал эмоциональную напряженность (тревогу, страх). При этом под релаксацией Джекобсон понимал не только релаксацию мышц, но и состояние, противоположное психической активности [16,179].

По мнению исследователей, мышечная система за счет проприоцептивной импульсации является одним из главных стимуляторов головного мозга (из общего потока, по некоторым данным, на долю скелетных мышц приходится 60%) [4,323]. Поэтому, расслабляя мыш-

цы, можно ослабить указанное тонизирующее влияние (о чем свидетельствует уменьшение ощущения электрического раздражения и ответной реакции на него, а также коленного рефлекса), а напрягая мышцы, тонизацию можно увеличить. При этом за счет снижения стимуляции головного мозга происходит снижение активности состояния, что приводит к оптимизации психических компонентов ДС. Проведение тренировки по методу мышечной релаксации можно условно разделить на два этапа:

1) Релаксационный этап – работа с напряжением и расслаблением мышц для достижения состояния релаксации;

2) Рефлективный этап – наблюдение за собственным состоянием.

Время, требуемое для выполнения на начальных стадиях тренировки, составляет не менее 40 минут. Правда, следует отметить, что при проведении техник мышечной релаксации, необходимо учитывать в каком состоянии находится человек в данный момент. Так, например, Е.П. Ильином (1961) было выявлено, что во многих случаях при попытке человека расслабить мышцы, возникало не уменьшение тонуса мышц, а его увеличение [4,323]. Кроме того автором отмечено, что у некоторых людей может быть не сформирован навык произвольного расслабления мышц [4,323]. Поэтому на занятии, при попытке расслабить мышцы происходит их небольшое напряжение, что приводит к обратному эффекту от коррекции.

Считается, что метод прогрессивной мышечной релаксации стал одним из источников предложенной J. Schultz в 1932 г. методики ауто-тренинга (аутогенной тренировки) [16,180]. Среди методов психокоррекции аутогенная тренировка (АТ) занимает особое место, так как, тренирующийся сам активно включается в психокоррекционную работу при полном сохранении инициативы и самоконтроля [9,3]. Приемы АТ усваиваются в процессе систематических упражнений, что придает этой методике тренировочный характер [9,3]. Поскольку такая тренировка немислима без одновременного упражнения воли, ее следует признать положительно влияющей на мотивационно-волевой компонент ДС. Для специалистов, занимающихся психологической помощью, может представлять интерес, вырабатываемый АТ навык рефлексии ПС. Именно рефлексия и мотивация, по мнению А.О. Прохорова (2004), являются ведущими факторами успешности управления ПС [12,372]. Как правило, проведение АТ включает следующие этапы:

1) Релаксационный этап, целью которого является формирование

релаксационного состояния. Для этого психотерапевт или психолог рекомендует клиенту принять удобную расслабляющую позу («поза кучера»), проводит упражнения на релаксацию мимических, жевательных и речевых мышц («маска релаксации»), а также мышц кисти и пальцев.

2) Рефлективный этап. На данном психокоррекционном этапе клиент осознает имеющиеся у него телесные ощущения и путем пассивного сосредоточения на них актуализирует гипнотическое фазовое состояние.

3) Этап измененного состояния сознания (ИСС) – достижение гипнотического фазового состояния – состояния аутогипноза с саморапортом, и с длительным многократным самовнушением на фоне фазового состояния коры больших полушарий. По мнению Шульца, формируется «особое состояние концентрации внимания». Клиент, повторяя мысленно формулу самоприказа, вызывает у себя сенсорные представления, окрашенные приятными эмоциями, меняя у себя физиологические процессы (частота пульса и дыхания, усиление кровотока к внутренним органам и т.д.).

Кроме классической АТ, направленной на актуализацию релаксационного состояния, существуют методики, рассчитанные на активацию психического состояния. Например, вариант АТ, разработанный К.И. Мировским и А.Н. Шогомом (1963) [16,182]. При использовании данной методики релаксационный этап резко сокращен, тренировка начинается и заканчивается специализированными мобилизующими (активирующими) упражнениями. Такая модификация АТ, в основе которой находится принцип «залповой» и кратковременной реализации нервной энергии в ее максимальном выражении, может применяться для активации ПС в трудных для клиента ситуациях [9,3].

Применяя АТ для коррекции ДС, следует учитывать, что данный метод требует наличия определенных качеств пациента, способствующих его освоению. Так, А.Г. Панов (1980), указывает, что для освоения АТ больному необходим исходный интеллектуальными уровнем, воля к выздоровлению, желание сотрудничать с врачом [9,84]. По наблюдениям Н.Г. Ермаковой (2000), для освоения АТ необходима сохранная способность к концентрации внимания и зрительному представлению, так как многие упражнения метода основаны на работе с представлением (своего тела, позитивных образов) [2,180]. В противном случае, опираясь только на словесные внушения, не под-

крепленные образом, навык формируется медленно или ограничивается лишь освоением первой формулы – тяжести [2,180]. В то же время, следует иметь в виду, что изначально часть людей обладают более развитым образным мышлением, а другие наоборот, рациональным, логическим, что не может не сказываться на успешности освоения АТ [2,180].

В настоящее время аутогенная тренировка и другие методы релаксации сочетаются с использованием биологической обратной связи (БОС). БОС представляет собой комплекс процедур, при проведении которых пациенту посредством цепи внешней обратной связи с использованием компьютерной техники, подается информация о текущем состоянии управляемой физиологической функции [2,189]. Анализ этой информации помогает развить навыки самоконтроля и позволяет впоследствии научиться измерять эту функцию произвольно [2,189]. Сигналами обратной связи могут служить любые объективные и количественно измеряемые физиологические маркеры психоэмоционального напряжения, такие как частота сердечных сокращений и дыхания, кожногальваническая реакция, кожная температура, данные электромиограммы (ЭМГ) или энцефалограммы (ЭЭГ). Н.П. Бехтерева (1988) подчеркивает, что в методе БОС отсутствуют нежелательные влияния, используются воздействия максимально приближенные к физиологическим [2,189]. Нейробиоуправление, включающее основные виды тренинга: альфа-тренинг и бета-тренинг, позволяет изменять ЭЭГ, что сочетается с состоянием релаксации и тревоги, соответственно [6,4]. Состояние тревоги, как правило, коррелирует со снижением уровня альфа-ритма и повышением уровня бета-ритма [16,190]. Наиболее часто для достижения состояния релаксации применяется ЭМГ-тренинг и игровое биоуправление [6,4]. Занятия БОС-тренингом можно разделить на два этапа:

1) Релаксационный этап – клиента обучают различным техникам релаксации;

2) Рефлективный этап – активная позиция клиента, при которой он имеет возможность наблюдать за своим состоянием, соотносить с физиологическими объективными параметрами аппаратно-программного комплекса (АПК). Недостатками аппаратного биоуправления является длительность курсового воздействия (10-20 сеансов), необходимость повторных курсов, наличие аппаратуры (АПК и персонального компьютера), специально обученного персонала, а также способность клиента к зрительным представлениям, значительным

волевым усилиям, его мотивация и сохранность когнитивных функций.

Использование музыкальных средств так же получило широкое распространение для коррекции психических состояний. Эффект от воздействия музыки на отдельные компоненты ДС человека зависит от составления и правильного использования музыкальных программ. Изучение эмоциональной значимости отдельных элементов музыки (ритма, тональности) показало их способность изменять эмоциональный компонент состояния и связанные с ним физиологические показатели [4,311]. Минорные тональности обнаруживают «депрессивный эффект», быстрые пульсирующие ритмы и консонансы действуют возбуждающе и вызывают отрицательные эмоции, «мягкие» ритмы и консонансы успокаивают [4,311]. Назначение музыкальных программ различается в зависимости от типа ДС, подлежащего коррекции. В качестве полярных рассматриваются два типа музыкальных воздействий — повышающая и снижающая активность ДС музыка. С помощью музыкального воздействия можно стимулировать состояние, поддерживать его оптимальный уровень, способствовать снижению уровня активности и достижению состояния релаксации в периоды отдыха. В соответствии с этим строится и содержательное разнообразие конкретных программ, достигаемая путем подбора музыкального материала внутри одной программы. Однако внутри одной программы предпочтительно варьирование различных ритмов [5,163].

Проведение сеансов с использованием музыкального воздействия можно выделить релаксационный и рефлексивный этапы. Оптимальная продолжительность сеансов 10-15 минут, а интервалы между ними не менее 2 часов.

При использовании функциональной музыки, в качестве метода психокоррекции, необходимо учитывать следующие факторы: 1) влияние музыки на активацию состояния человека зависит от силы - слабости нервной системы: у «сильных» активация возрастает по сравнению с фоном при любой музыке (медленной и быстрой минорной, медленной и быстрой мажорной), а у «слабых» — при быстрой музыке любого лада; 2) возникновение эмоции того или иного знака зависит от привычной (для данной культуры) или непривычной музыки; 3) при депрессивном состоянии человек не воспринимает веселую музыку, она еще больше углубляет депрессию, актуализируя отрицательные переживания; одна и та же музыкальная программа

быстро надоедает, поэтому программы целесообразно периодически (через одну - две недели) менять либо полностью, либо по частям [4,313]. Необходимо отметить, что данный метод редко используется изолированно и обычно сочетается с другими психокоррекционными методами.

В особую группу методов психологической коррекции ДС объединяются трансово-суггестивные приемы и техники. Внешнее внушение (суггестия) – это психическое воздействие одного человека (суггестора) на другого (суггерента), осуществляемое с помощью речевых и неречевых средств общения и отличающиеся сниженной аргументацией или ее полным отсутствием со стороны суггестора и низкой критичностью при восприятии внушаемого содержания со стороны суггерента [4,303]. Внушением часто пользуются для оптимизации активности ДС, нормализации эмоционального и активизации мотивационно-волевого компонентов, а так же актуализации ресурсного для клиента состояния. Оно может осуществляться, как в активном, так и на фоне измененного по сравнению с нормой состояния (трансово-медитативное состояние, гипноз). В последнем случае эффективность внушения особенно велика. В зависимости от особенностей суггерента внушающий подбирает наиболее эффективный в данной ситуации прием внушения. Условно проведение трансово-суггестивной коррекции можно разделить на следующие этапы:

1) Релаксационный этап – достижение релаксационного состояния путем косвенных внушений терапевта.

2) Рефлексивный этап – осознание клиентом внутренних психических явлений (телесные ощущения, воспоминания, эмоционально окрашенные представления и т.д.). При дальнейшем усилении фокуса внимания клиент переходит в ИСС.

3) Этап ИСС. Именно на данном этапе происходит формирование трансово-медитативного состояния (ТМС), связанного с привлечением внимания клиента к фрагментам внутреннего опыта, который может находиться вне его сознания. ТМС интегрирует в себя состояние транса и медитативное состояние, используемых для терапевтических целей. В дальнейшем используя наблюдаемые у суггерента гипнотические феномены (каталепсия, левитация руки и др.) суггестор может ввести клиента в состояние гипноза [1,34].

Поскольку при внушении общение происходит между внушающим (внушающими) и внушаемым, успех этого процесса зависит от многих факторов, что ограничивает их применение при ДС. Так,

успешность применения суггестивных техник зависит от таких факторов как: 1) обстоятельства, при которых происходит внушение; 2) низкий уровень осведомленности суггерента; 3) состояние суггерента; 4) особенности личности суггестора: его обаяние, авторитарность, склонность к доминированию к демонстрации своего интеллектуального превосходства; 5) особенности личности суггерента: внушаемость и негативизм [4,308]. Кроме того, малопривлекательны пассивная роль, отводящаяся суггеренту к процессу коррекции, чувство зависимости от суггестора, внешняя навязанность ПС, зависимость от установок и личности суггестора, обусловленности положительных результатов внушаемостью. Большие преимущества дает использование некоторых элементов внушения, трансформированных в приемы самогипноза и самовнушения.

В последние годы влияние дыхания на психическое состояние изучали Ю. Г. Вилюнас, К. П. Бутейко, А. С. Захаревич, В. В. Козлов, В. В. Тонкое, А. А. Стрельникова и др [4,329]. Дыхательные упражнения способны быстро влиять на уровень активации состояния, повышая или снижая его. Наряду с этим можно указать на существование прямой и обратной физиологической связи между дыханием и эмоциональным компонентом ДС (задержка, стеснение, напряжение дыхания при отрицательных эмоциях и свободное, глубокое без усилий дыхание при положительных эмоциях). Однако влияние дыхания как метода коррекции ДС еще в ряде аспектов нуждается в дальнейшем изучении. Так, по мнению Е.П. Ильина (2005), дискуссионными следует считать рекомендации различные дыхательных психотехнологий об учащении дыхательных движений и изменении дыхательного цикла [4,329]. Автор считает, что преднамеренное разрушение физиологической дыхательной структуры и ее оптимальных циклов вызывает целый ряд негативных реакций в психическом состоянии [4,329].

Необходимо отметить, что изолированное применение методов симптоматической психокоррекции, не сможет до конца разрешить переживаемых клиентом трудностей. Очевидно, что только устранение внутренних причин, лежащих в основе ДС, может обеспечить наиболее полное разрешение проблем, ими вызванных и позволит избежать их воспроизведения в дальнейшем.

Анализ представленных методов позволяет предположить, что симптоматическая психокоррекция представляет собой динамичный процесс актуализации саногенных ПС: 1) релаксационное состояние;

2) рефлексивное состояние; 3) измененное состояния сознания (состояние аутогипноза, трансово-медитативное, глубокое гипнотическое). Актуализации определенного саногенного состояния, последовательность перехода одного ПС в другое, их длительность, зависит от конкретного метода психокоррекции или его авторской модификации (см. табл. 3). Основной мишенью коррекционного воздействия симптоматических методов психокоррекции является активационный компонент ДС.

Таблица 3. Динамика актуализации психических состояний при использовании методов симптоматической психокоррекции

Методы психокоррекции ДС	Психические состояния				
	Релаксация	Рефлексия	Фазовое гипнотическое (аутогипноза)	Трансово-медитативное	Глубокое гипнотическое
Нервно-мышечная релаксация	+	+			
Функциональная музыка	+	+			
БОС	+	+			
Аутогенная тренировка	+	+	+		
Дыхательные психотехники	+	+	+	+	
Трансово-суггестивные психотехники	+	+	+	+	+

Таким образом, можно сделать следующие выводы: 1) Под симптоматической коррекцией психических дисфункциональных состояний подразумевается совокупность специальных средств психологического воздействия на отдельные проявления психического дисфункционального состояния; 2) Основной мишенью коррекционного воздействия симптоматических методов является активационный компонент дисфункционального состояния; 3) Симптоматическая психокоррекция представляет собой динамичный направленный процесс формирования психических саногенных состояний: а) релаксация; б) рефлексия; в) измененное состояние сознания (состояние аутогипноза, трансовое, глубокое гипнотическое); 4) Сформированные на психокоррекционных занятиях, навыки управляемой актуализации психических саногенных состояний, являются услови-

ям расширения ресурсных стратегий клиента; 5) Выбор конкретного метода симптоматической психокоррекции психологом или психотерапевтом будет основываться на показаниях к применению того или иного метода в зависимости от вида ДС, своих личностных особенностях и личности клиента, наличия времени и места проведения занятий, а так же технических средств и оборудования.

Литература

1. Гинзбург М.Р. Эриксоновский гипноз: систематический курс. – М.: Независимая фирма «Класс», 2015 – 264 с.
2. Демиденко Т.Д. Основы реабилитации неврологических больных . / Т.Д. Демиденко, Н.Г. Ермакова– СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2004. – 304 с.
3. Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн): Сборник материалов науч.-практ. конф., 29-30 ноября 2016 г./ Моск. гос. псих.-пед. ун-т. – Москва, 2016. – 391 с.
4. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. – СПб.: Питер, 2005. – 412 с.
5. Леонова, А. Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
6. Матвеева В.В. Немедикаментозная восстановительная коррекция вегетативных дисфункций у лиц опасных профессий с использованием метода аппаратного биоуправления.: автореф. канд.мед.наук: 14.03.11 / В.В. Матвеева. – М., 2013. - 26 с.
7. Овчинников, Б.Ф. Технологии сохранения и укрепления психического здоровья: учебное пособие / Б.Ф. Овчинников, Г.П. Костюк, И.Ф. Дьяконов. –СПб.: СпецЛит, 2010. – 302 с.
8. Осипова, А.А. Общая психокоррекция: учебное пособие для студентов вузов. – М.: ТЦ Сфера, 2007. – 512 с.
9. Панов А.Г. Аутогенная тренировка. /А.Г. Панов, Г.С. Беляев, В.С. Лобзин, И.А. Копылова. – Л.: «Медицина», 1978 – 216 с.
10. Психология в 3-х кн. Кн. 2.: Психология образования: учеб. для студ.высш.пед.учеб.заведений. /Р.С. Немов. - 4-е изд. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007. – 606 с.
11. Психология здоровья и болезни: клинко-психологический подход: Материалы VI Всероссийской конф., 8-9 февраля 2016 г. / Курск. гос. мед. ун-т. – Курск, 2016. – 507 с.
12. Психология состояний : учебное пособие / Под ред. А.О. Прохорова. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2011. – 624 с.
13. Психотерапия: учебник. 3-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с. – (Серия «Национальная медицинская библиотека»).
14. Семичев, С.Б. Предболезненные психические расстройства. –

Л.: Медицина, 1987. – 184 с.

15. Сидоров, П.И. Введение в клиническую психологию: Т. II.: Учебник для студентов медицинских вузов /П.И. Сидоров, А.В. Парняков. – М.: Деловая книга, 2000. – 381 с.

16. Чутко Л.С. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты / Л.С. Чутко, Н.В. Козина. – М.: МЕД-пресс-информ, 2013. С. 41-57.

Сведения об авторах

Енина Виктория Владимировна - кандидат медицинских наук, ГБУЗ НО «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн», врач-психотерапевт, E-mail: vvmatveeva@yandex.ru

Енин Кирилл Александрович - клинический психолог ГБУЗ НО «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн»

Занозин Андрей Владимирович - кандидат медицинских наук, врач-психиатр ГБУЗ НО «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн»

Жукова О.А.

ВЕДУЩАЯ РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ В РАЗВИТИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

В статье осуществлен анализ социальных рисков. Показано их влияние на возникновение психических заболеваний в современном обществе.

Ключевые слова: социальные риски, психические заболевания, современное общество.

The article presents the analysis of social risks. It is a question how they influence the occurrence of mental illness in modern society.

Keywords: social risks, mental illness, modern society.

Социальные риски существовали на всем протяжении развития человечества. По мере восходящего развития общества увеличивалось их число и возрастала мера опасности. С возникновением капитализма социальный риск стал неотъемлемой чертой общества, что дает основания некоторым социологам называть современное развитое общество «обществом риска». Социальный риск в развитых странах имеет как позитивное, так и негативное значение. На уровне жизнедеятельности индивидов социальный риск в большинстве развитых стран носит индивидуальный характер. В связи с развитием

глобализации социальный риск стал элементом транснационального и межгосударственного взаимодействия.

В сегодняшнем мире происходит обострение кризисных явлений, нарастание хаоса, неопределенности, вызванных увеличением конкуренции к доступу ограниченных и невозпроизводимых ресурсов; массовым внедрением как недостаточно апробированных и высокорисковых инноваций, так и неравномерностью развития, причем не только между развитыми и развивающимися странами, центром и периферией, но и между динамично развивающимися и консервативными регионами и странами. В начале XXI века интенсивность и многообразие рисков нарастают столь быстрыми темпами, что ученые стали говорить о риске как неотъемлемой черте современного общества, способной привести его к разрушению и гибели. За последние десятилетия появился целый ряд новых рисков, которые стали частью жизни современного человека. Сегодня общество рождает все новые виды рисков, которые делают его нестабильным и склонным к саморазрушению. Риск становится характеристикой социальной жизни. Современное общество постепенно превращается в общество высокого риска.

В ближайшие десятилетия прогнозируется увеличение бремени психических расстройств, и в первую очередь депрессии, шизофрении, болезни Альцгеймера, наркомании, эпилепсии, умственной отсталости. К 2020 г. можно ожидать, что на их долю будут приходиться 15 лет жизни, утраченных вследствие инвалидности. Депрессия станет второй наиболее распространенной причиной инвалидности во всем мире. Страны с недостаточно развитой системой оказания психиатрической помощи вполне могут столкнуться с быстрым ростом бремени психических расстройств. Впечатляющие результаты деятельности в области снижения показателей младенческой смертности и борьбы с инфекционными заболеваниями, особенно, в развивающихся странах, способствуют тому, что в ближайшем будущем люди будут достигать возраста, когда повышается вероятность развития психических расстройств. Можно ожидать того, что продолжительность жизни людей с психическими расстройствами будет увеличиваться, а это, в свою очередь, скажется на повышении числа людей старшего возраста, страдающих от депрессии и слабоумия.

В качестве значимых факторов, обуславливающих рост частоты психических заболеваний, рассматривают процессы урбанизации, стрессогенные события (в том числе соматическое заболевание) и

другие социальные тенденции современного мира. М. Маклюэн считал, что даже сам способ передачи знаний способен исказить их смысл и создать угрозу для индивида и общества в целом. Ф. Уэбстер выделял ещё один существенный риск - неспособность справиться с огромными объёмами информации. Кроме того, совершенно очевидно, что современные риски - не свойство техники, а результат поведенческой деятельности (непродуманных, безответственных, а порой, и безграмотных действий одних и бесконтрольности других), в силу чего они изначально социальные.

Наиболее подвержены психическим расстройствам лица, находящиеся в неблагоприятной жизненной ситуации и наименее обеспеченные ресурсами: женщины, люди, живущие в условиях нищеты, люди, травмированные в ходе вооруженных конфликтов и военных действий; мигранты, особенно беженцы и перемещенные лица; дети и подростки из неблагополучных семей. Члены этих групп сталкиваются с повышенным риском развития психических расстройств. Более того, достаточно распространена ситуация, когда на одного и того же человека действуют различные факторы, усиливающие его уязвимость. Одни и те же проблемы могут затрагивать различные социально незащищенные социальные группы.

По утверждению Г. Штайнкампа, более трех четвертей случаев болезни и смерти вызываются заболеваниями, «которые при всем различии причин их возникновения, протекания и завершения имеют три общие черты:

– Они, до сих пор, как правило, средствами лечебной медицины не могут быть ни предотвращены, ни излечены...

– Истоки длительной и многозвенной цепи хронических разрушительных болезней лежат всегда далеко от их проявлений. Они находятся полностью или большей частью не в физиологии индивида, а именно в условиях жизни, труда и окружающей среды.

– Риск заболеть или умереть, возможность индивидуально преодолеть нагрузки, а также шансы физически, психически и социально осилить болезнь распределены социально неравным образом. Распределение неравенства прочно увязано как с принадлежностью к слою, так и с полом».[8,116]

На состояние психического здоровья популяций и обществ в целом воздействует множество макросоциальных и макроэкономических факторов, находящихся за пределами ответственности здравоохранения в традиционном понимании. Ряд авторов ((Platt, 1984;

Gunnell et al., 1999; Preti and Miotto, 1999; Kposowa, 2001) представили сценарий усугубления психического нездоровья, связанного с урбанизацией. Реструктуризация экономики привела к изменениям в политике занятости и внезапному и массовому росту безработицы, что является одним из значимых факторов риска развития психических расстройств.

Многочисленные исследования подтверждают связь индивидуального и психического здоровья с социальными условиями жизни населения. На состояние психического здоровья негативно воздействуют как относительная, так и абсолютная бедность. Встречаемость психических расстройств в группах с низким доходом обсуждается в исследовании Э. Джервиса, результаты которого были представлены в 1855 г. Автор отмечает, что «классы бедных обнаруживают в численном отношении в 64 раза больше психических заболеваний, чем независимые классы»[9]. Подобные результаты преобладания психических заболеваний в нижнем социальном слое подтверждены в исследованиях последних столетий.

По данным экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, к 2020 году депрессия выйдет на второе место в структуре инвалидизирующих заболеваний. А. Б. Смулевич и соавторы получили статистически достоверные подтверждения неблагоприятного влияния депрессий на социализацию соматических больных. При присоединении депрессии к соматическому заболеванию вероятность инвалидизации возрастает почти вдвое.

К внешним факторам психических заболеваний некоторые исследователи относят повседневные стрессы. Основными источниками стресса для населения являются: крайне осязаемое снижение уровня жизни, экономическая нестабильность и социальная незащищенность. Отмечается определенное участие стрессогенных воздействий в манифестации, клиническом оформлении и динамике в случае шизофренических психозов.

Психические заболевания, включенные в группу хронических неинфекционных заболеваний, при наличии многих модифицируемых факторов, способствующих их возникновению и прогрессированию, рассматриваются как социальные продукты, а этиология заболеваний - в контексте психосоматической и социальной патологии. Не вызывает сомнения, что состояние здравоохранения ответственно за более высокий уровень заболеваемости представителей нижних социальных слоев. Однако значительные различия в состоянии пси-

хического здоровья социальных слоев отмечены и в тех странах, где отсутствуют социоэкономические барьеры в доступности медицинского обслуживания. Определяя различия в жизненных стандартах, бедность непосредственно влияет на психическое здоровье населения. Многочисленные исследования подтверждают взаимосвязи риска психических заболеваний с социальными характеристиками: принадлежностью к определенному социальному классу, родом занятий, уровнем доходов и социальной активности, отношением субъектов к своему здоровью.

Литература

1. Брема шизофрении и психотических расстройств в странах Евросоюза : (расширенный реферат) / W.Rossler [et al.] // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8, № 2. – С. 53-57.
2. Ефимовских, В.С. Риск в современном обществе / В.С. Ефимовских : дис. ... канд. филос. наук. – Уфа, 2009. – 156 с.
3. Жукова, О.А. Социальные риски в этиологии психических заболеваний / О.А. Жукова, И.Л. Кром // Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины : сб. науч. ст. – Саратов, 2009. – С. 14-19.
4. Илюшин, С.Н. Общество и социальные риски: современное состояние и сценарии будущего / С.Н. Илюшин // Научные и образовательные проблемы гражданской защиты. – 2013. – № 1 – С. 98-101.
5. Контекст психического здоровья : свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья / ВОЗ. – Сингапур, 2007. – 46 с.
6. Мешавкина, Н.А.. Социальный риск в современном российском обществе : дис. ... канд. социол. наук / Н.А. Мешавкина. – Уфа, 2006. – 144 с.
7. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Мед. информ. агентство, 2009. – 543 с.
8. Смулевич, А.Б. Депрессии в общемедицинской практике / А.Б. Смулевич. – Москва : Берг, 2000. – 519 с.
9. Штайнкамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство / Г. Штайнкамп // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – Т. 2, № 1. – С. 115-154.
10. Jarvis, E. Insanity and Idiocy in Massachusetts : Report of the Commission of Lunacy / E. Jarvis. – Cambridge : Harvard University Press, 1971. – P. 52-53.

Сведения об авторе

Жукова Ольга Александровна – врач-психиатр ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница Св. Софии»

Имамов Ш.А.

О ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНО-ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ И ОПТИМИЗАЦИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Аннотация. Целью исследования является установление взаимосвязи клинического полиморфизма и гормонально-иммунных нарушений, а также разработать оптимизациитактики лечения больных алкоголизмом.

Согласно задачи исследования изучена состоянии гормоноиммунной системы и установлена их дисфункция у больных алкоголизмом. Проведенная комплексная терапия с целенаправленным включением карбамазепина, феварина, адаптола, арбидолапривела к стабилизации вегетосудистыхи гормонально-иммунных нарушений у больных алкоголизмом. Результаты исследования по оптимизации тактики лечения больных алкоголизмом имеют определенное практическоезначение в наркологии.

Ключевые слова: алкоголизм, клиника, гормональные, иммунные, нарушения.

Keywords: alcoholism,clinical, hormone, immune,defunctive.

Актуальность. Несмотря на широкое распространение новых форм зависимости от психоактивных веществ, проблема алкоголизма во всем мире остается актуальной, о чем свидетельствует постоянный рост показателя потребления алкогольных напитков в расчете на душу населения.[1,218; 9,31; 11; 220]

Алкогольная зависимость сопровождается, прежде всего, дисбалансом гормональных и иммунологических показателей в центральной нервной системе, вследствие которого у больныхимеет место развитие сложных клинических состояний и прогредиентность течения алкоголизма [2,40;4,82;12,401].

Углубленное изучение патогенетических аспектов алкоголизма позволило многим исследователям прийти к заключению, что отрицательное действие этанола на организм человека сопряжено его влиянием на функциональное состояние центральной нервной системы. В экспериментальных исследованиях показано, что этанол в больших количествах оказывает депрессивное действие на гормональный фон и гуморальный иммунитет [8,21;10,48;13,55].

В настоящее время в лечении больных алкоголизмом применяются практически все основные группы психофармакологических

препаратов. В этом аспекте, как в нашей стране, так и за рубежом непрерывно ведутся научный поиск и создание новых лекарственных средств, действие которых направлено на устранение психических и соматоневрологических расстройств, возникающих при алкогольной зависимости. Актуальность оптимизации тактики терапии, эффективно воздействующей на различные стороны клинико-патогенетических нарушений при алкоголизме, сохраняется и на сегодняшний день [5,54;5,461;14,137].

Целью исследования является установление взаимосвязи клинико-гормоно-иммунных нарушений и разработка оптимизации тактики лечения больных алкоголизмом.

Материал и методы. В исследование было включено 140 больных (средний возраст составил $40,2+3,2$ года) хроническим алкоголизмом мужского пола. Все больные состояли на диспансерном учете в Самаркандском областном наркологическом диспансере. Возраст начала употребления алкоголя в среднем составил $21,8+1,9$ года. Длительность употребления алкоголя на момент обследования составила $19,4\pm 1,3$ года. Для достижения алкогольного опьянения обследованные больные в основном употребляли водку (86%), а в 14% случаев основными алкогольными напитками были суррогаты, продукты парфюмерно-косметической промышленности и др. Больные были сопоставимы по возрасту, полу, срокам начала и длительности употребления алкоголя, а также показателям толерантности к алкоголю.

С целью совершенствования терапии больных алкогольной болезнью в настоящее время используется феварин и карбамазепин, которые отличаются механизмом центрального действия, а также отсутствием лекарственной зависимости. Препарат феварин является производным пиперазина, обладает анксиолитическим действием. В настоящем исследовании таблетированный феварин применялся перорально в комплексе со стандартной терапией в течение 10 дней у 50 пациентов. Суточная доза 100 мг (по 50 мг утром и на ночь).

Карбамазепин обладает ГАМК-ергической активностью и взаимодействует с центральными аденозиновыми рецепторами, а также психотропным, соматотропным, тимо- и вегетостабилизирующим свойствами. Применялся таблетированный карбамазепин по 1 (200 мг) таблетки утром и на ночь в течении 30 дней у 30 пациентов.

Адаптол относится к группе транквилизаторов с особым свойством и поэтому его применение облегчает абстиненцию. Адаптол применялся по 1 таблетки (500 мг) днем в течении 10 дней у 30 боль-

ных. Онповышает уровень эндогенного этилового спирта и это приводит снижению влечения к алкоголю у больных алкоголизмом.

Статистическую обработку полученных результатов исследования выполняли на персональном ЭВМ типа IBM «Pentium-4», графическая обработка материалов выполнена с помощью пакета прикладных программ Excel 2000. При математической обработке данных использовали пакет CSS 3.1 «Компьютерная биометрия». Определение значимости различия показателей между сравниваемыми выборками осуществлялось с использованием параметрического критерия t Стьюдента. Различия в сравниваемых группах считались достоверными при уровне значимости 95% ($p < 0,05$).

Результат и обсуждения. Согласно цели исследования, первоначально была проведена оценка состояния гормоноиммунной системы больных алкоголизмом до назначения им терапевтических мероприятий. В целом, полученные данные свидетельствуют о том, что у обследованных больных в периоде обострения заболевания имели место определенные изменения исследованных параметров функционирования гормонально-иммунной системы, характеризовавшиеся снижением их функциональной активности.

Совокупность этих нарушений может свидетельствовать в пользу развития у больных алкоголизмом гормонально-иммунных дисфункций, которые в определенной степени сопряжены с клинической симптоматикой, выявленной в этот период у обследованных больных. При осмотре у них выявлялся выраженный тремор рук. Другими словами, практически у всех обследованных пациентов в период обострения заболевания имели место вегетососудистые нарушения. Следует отметить, что вегетососудистые нарушения непосредственно были связаны с уровнем кортизола в крови больных алкоголизмом. Результаты сравнительного анализа между изменениями в гормонально-иммунной системе и клиническим полиморфизмом в остром периоде алкоголизма показали, что в наибольшей степени они зависели от повышения концентрации в крови гормонов кортизола, пролактина и аутоантител.

Купирование обострений хронического алкоголизма в стационарных условиях осуществляли назначением больным стандартной терапии, включавшей в себя дезинтоксикационную, дегидратационную, витаминную терапию и психотерапевтические мероприятия. Проводимые комплексные терапевтические мероприятия (феварин, карбамазепин, арбидол, адаптол) позволяли снять остроту алкоголь-

ной интоксикации, улучшали общее состояние больных, благотворно сказывались на функционировании гормонально-иммунной системы и способствовали достижению ремиссии у больных алкоголизмом. Клинический эффект терапии был, в определенной степени, обусловлен синергизмом влияния специфических и неспецифических лекарственных препаратов на общие клинико-патогенетические механизмы алкоголизма.

Наше исследование показало, что феварин и карбамазепин улучшают функционирование центральной нервной системы, способствуют снижению алкогольной зависимости и приводят к позитивным изменениям в клинико-патогенетических процессах алкоголизма. Такая взаимосвязь, по нашему мнению, оказывает положительное влияние на динамику клинических проявлений и гормонально-иммунной системы больных алкоголизмом. Нарушение обмена катехоламинов является стержневым звеном в патогенезе алкоголизма. Следовательно, феварин и карбамазепин, участвуя в нормализации катехоламинового обмена, становятся факторами патогенетического лечения алкоголизма.

Таким образом, обострение алкогольной болезни сопровождается развитием гормонально-иммунных дисфункций, играющих существенную роль в клинических проявлениях заболевания. При этом примененные лекарства (феварин, карбамазепин, арбидол, адаптол) показали себя эффективными и хорошо переносимыми препаратами, способствуя купированию обострений заболевания и нормализации функционального состояния организма больных алкоголизмом.

Выводы: 1. Проведенное исследование показало, что феварин, карбамазепин, примененные в составе комплексной терапии, оказались эффективными и хорошо переносимыми препаратами, способствуя купированию обострений алкогольной болезни. 2. Применение арбидола, адаптола приводило к улучшению гормонально-иммунных нарушений у больных алкоголизмом. 3. По нашему мнению, механизм положительных эффектов комплексной терапии, вероятно, обусловлен коррегирующим влиянием выше указанных препаратов на функции гипоталамус—кора надпочечников, с которой связывают большинство негативных эффектов алкоголя на организм человека.

Литература

1. В.Б. Альтшулер - Симптомы и синдромы алкогольных заболеваний // Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. - М.: МИА.- 2011.- С. 218-249.

2. И.П. Анохина-Основные биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркологии. - 2013.-№6.-С. 40-59.
3. Н.Б. Гамалея, Л.И.Ульянова, И.Д. Даренскийи др. - Нарушения в системе клеточного иммунитета у больных алкоголизмом и перспективы их коррекции с помощью имму-номодуляторатактивина // Вопр. наркол. — 2000. — № 4. — С. 54-60.
4. А.Г. Гофман - Клиника алкогольного абстинентного синдрома // Вопр. наркологии. - 2012. - № 6. - С. 82-90.
5. Р.А. Данилова, В.И. Прозоровский, Т.А. Москвитина и др. - О механизмах подавления алкогольной мотивации при иммунизации белых крыс к алкогольдегидрогеназе // Изв. РАН. - 2001. - № 4. - С. 461-464.
6. А.Ю. Егоров, Л.В. Веретилло, Е.М.Крупницкий- Злокачественный алкоголизм // Неврол. вестн. (журнал им. В.М. Бехтерева). - 2014. - Т. XLVI, № 3. - С. 76-89.
7. Н.Н. Иванец, М.А. Винникова, А.Ю. Ненастьева, М.А. Кинкулькина - Классификация алкоголизма // Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. - М.: МИА.- 2011. - С. 199-208.
8. В.А. Исаев, Р.А. Данилова, М.Л. Ловать и др - Введение препарата омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (эй-ферола) снижает алкогольную мотивацию у белых крыс, повышая уровень антител к алкогольдегидрогеназе // Пат. физиол. - 2003. - № 1. - С. 21-23.
9. А.В. Немцов, А.В. Орлов-Количественная характеристика течения алкоголизма: возрастной аспект // Журн. неврол. и психиатр, им. С.С. Корсакова. - 2011. - Т.- 111.- №5. - С. 60-68.
10. Е.М. Крупницкий, А.В. Борцов - Парадигма доказательной медицины: принципы проведения клинических исследований // Журн. неврол. и психиатр, им. С.С. Корсакова. - 2008.-Т. 108.- №2.-С. 31-37.
11. В.В. Шерстнев, Грудень М.А., Скворцова В.И, Таболин В. А. - Нейротрофические факторы и аутоантитела к ним как молекулярные предикторы нарушений функций мозга // Вестн. РАМН. - 2002. - № 6. - С. 48-52.
12. Е.А. Kushnir, M.L. Lovat', T.M. Korotkova et al - Course administration of the immunomodulatorarbidol decreases the alcohol motivation in previously alcoholised albino rats // Thesis of the 13-th European Students Conference at the Charite. — Berlin, 2002. - P. 220.
13. W. Krol, W. Leksowski, S. Scheller et al - Evaluation of selected immunological parameters in alcohol dependence syndrome / / Psychiatr. Pol. — 2000. — Vol. 34, №3. — P. 401—409.
14. С.В. Leevy, H.A. Elbeshbeshy - Immunology of alcoholic liver disease //Clin. Liver Dis. — 2005. — Vol. 9, №1. —P. 55—66.
15. J.O. Olubadewo, J.A. Spitzer - Immune response modulation in acutely ethanol-intoxicated, acutely diabetic male and female rats // Alcohol. — 2003. — Vol. 31, №3. — P. 137—147.

Сведения об авторе

Имамов ШерозАкбарович – кандидат медицинских наук; ассистент кафедры психиатрии Самаркандского мединститута; e-mail: imamovsheroz @ rambler.ru

Искандарова Ж.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОЛО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Аннотация. В статье рассматриваются актуальные проблемы усовершенствования преподавания психолого-психиатрических дисциплин в медицинских институтах с применением новейших интерактивных педагогических технологий, методы организации внеаудиторной самостоятельной работы студентов по практическому курсу психиатрии и медицинской психологии.

Ключевые слова: психиатрия, медицинская психология, обучение медицинских сотрудников.

Key words: psychiatry, medical psychology, training of medical workers.

Развитие способностей освоения современных информационно-коммуникационных технологий и знаний путем организации внеаудиторной самостоятельной работы студентов пятого-шестого курсов медико-педагогического и педиатрического факультетов Ташкентского педиатрического медицинского института при изучении дисциплин «Психиатрия» и «Медицинская психология» не только центральный, но и наиболее обширный вопрос в системе качественного профессионального образования. Успех формирования и воспитания грамотной и квалифицированной студенческой молодежи заключается в регулярности и системности воздействия педагогических методик и приёмов правильной организации самостоятельной внеаудиторной работы студентов [6, с.18]. Во время аудиторных занятий по практическому курсу психиатрии и медицинской психологии студентов готовят к осмысленному осуществлению активной лечебно-диагностической и коммуникативной деятельности с пациентами психиатрического стационара в виде проведения рациональной психотерапии и психологического консультирования. В то же время учебный материал курса дает прекрасную возможность развития у студенческой молодежи позиции признания ценности здоровья, чув-

ства ответственности за сохранение своего здоровья и расширения знаний и навыков по здоровью берегающей культуре с целью дальнейшего использования полученного опыта и кругозора знаний в своей врачебной практике. Для этого можно использовать такой вид самостоятельной работы студентов, как создание презентаций по темам: Хронический алкоголизм, Наркомании, Токсикомании, Психические нарушения при ВИЧ-инфекции. Презентации для самостоятельной работы проходят конкурсный отбор и в последующем лучшие из них докладываются студентами на заседаниях студенческого научного кружка «Ёш психиатр» и «Ёш психолог». Такая организация самостоятельной работы предоставляет преподавателю не только проверить знания, умения и навыки обучающихся, но и научить их быть здоровым душой и телом, стремиться совершенствовать себя, применяя знания и умения в согласии с законами природы и общепринятыми нравственными нормами и ценностями. Предлагая эти задания, преподаватель ставит перед собой цели: на основе навыков критического мышления развивать у студентов позиции признания ценности здоровья, чувства ответственности за сохранение своего здоровья, что должно обеспечить социализацию личности будущего специалиста.

С целью повышения квалификации студента возрастает необходимость обучать слушателей самостоятельно находить и усваивать новые знания, постоянно находиться в процессе самосовершенствования и самоактуализации, быть конкурентноспособным специалистом, умеющим критически мыслить. Поэтому на первое место в процессе обучения выходят активные методы.

Одним из активных методов обучения является студенческая научно-практическая конференция [4,с.57–59]. Научно-практическая студенческая конференция как современная инновационная технология активно используется на кафедре психиатрии для реализации комплексного подхода в профессиональном образовательном процессе. Для дополнительного профессионального образования студентов такая форма обучения вносит разнообразие в учебный процесс, стимулирует интерес к познавательной деятельности, переводит обучающихся в роль активных участников познавательного процесса, расширяет профессиональный и культурный кругозор, обогащает новым опытом публичного выступления и психологической стрессоустойчивости [3,с.59]. Научно-практическая конференция – это одна из коллективных форм учебно-исследовательской внеаудитор-

ной работы среди студентов и используется с целью развития исследовательской компетентности и повышения профессионального уровня. Это позволяет обучающимся специалистам в ограниченных временных рамках учебного процесса усовершенствования проявить исследовательскую активность и получить от краткосрочной работы деятельный результат [2, с.121–124]. Тематика конференций ориентирована на актуальные профессиональные аспекты и включает в себя перечень наиболее актуальных и злободневных тем практических занятий дисциплины. Взаимодействие на конференции охватывает все этапы – от выбора темы до использования результатов: определение мотивов, целей, задач учебно-исследовательской работы, определение формы участия в работе конференции (поиск и анализ информации, оформление докладов, создание мультимедийного обеспечения, управление техническими средствами, выступление) [1, с.15].

Знания, которые студенты получают во время подготовки и проведения научно-практической конференции, помогут будущим врачам специалистам своевременно выявлять факторы риска заболевания, планировать и осуществлять медицинскую помощь в соответствии с приоритетами потребностей, качественно выполнять основные медицинские манипуляции, своевременно проводить подготовку пациентов к различным исследованиям, мотивированно выполнять программу врачебных назначений [5, с.38].

Качество оказания медицинской помощи не может быть выше уровня медицинского образования, в том числе и последипломного. Поэтому эффективность такой помощи в полной мере зависит от внедрения в образовательном процессе инновационных технологий, способствующих модернизации врачебной деятельности, внедрения медицинских технологий и стандартов диагностики и лечения. Используя такие задания, мы акцентируем внимание на приемы развития критического мышления у студентов, способствуем более углублённому изучению современных инновационных технологий и формированию творческой самореализации студентов. Так развитие навыков здорового образа жизни путем организации внеаудиторной самостоятельной работы студентов в виде создания презентаций по темам «Профилактика алкоголизма, наркомании и токсикомании» достигается благодаря совершенствованию критического мышления и инновационного подхода к изучению дисциплины «Психиатрия». Использование дидактического материала по теме соблюдения здорового образа жизни способствует обеспечению качества формиро-

вания траектории личностного успеха будущего специалиста. Информационный материал по темам формирования здорового образа жизни, профилактике алкоголизации и наркотизации населения используется как корректирующее и идейно-воспитательное действие на самоорганизацию процесса развития будущих врачей и гармонично развитых личностей нашего государства.

Литература

1. Абрамов А.Г., Булакина М.Б., Иванников А.Д., Сигалов А.В. Электронная учебно-методическая библиотека информационной системы «Единое окно доступа к образовательным ресурсам»: опыт формирования и перспективы развития // Дистанционное и виртуальное обучение. – 2008.

2. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 02.12.2016).

3. Вартамян Ф.Е. Этические аспекты современного здравоохранения. // Здравоохранение. – № 2008. – № 3. – С. 12–14.

4. Двучинская Н.Н. Интерактивные методы обучения как средство формирования ключевых компетенций – М.:МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2011.

5. Сборник материалов. Роль педагогических технологий и методов обучения в формировании общих и профессиональных компетенций будущего специалиста. Особенности дидактики современного занятия / под ред. акад. РАЕН, д.м.н., проф. В. П. Смирнова, 2012.

6. Сборник материалов. Реализация компетентного подхода на занятиях во внеаудиторной деятельности / под ред. акад. РАЕН, д.м.н., проф. В. П. Смирнова и к.б.н. А. А. Алексеенко, 2013.

Сведения об авторе

Искандарова Жаннетта Мухтаровна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан. E-mail: jiskandarova10@gmail.com

Кабкова О.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Цель данного исследования: доказать, что оптимизация функционирования семейной системы способствует устранению или уменьшению невротического симптома ребёнка. А также оценить взаимосвязь показателей, характеризующих семейную систему, и показателей индивидуального состояния ребёнка.

Ключевые слова: семейная системная психотерапия, симптом, неврозы.

Key words: family system psychotherapy, neurosis, symptom.

Задачи исследования:

1) Оценка системных показателей семей с ребёнком, страдающего невротическим расстройством на различных этапах психотерапевтического вмешательства.

2) Оценка выраженности невротических симптомов ребёнка, страдающего невротическим расстройством на различных этапах психотерапевтического вмешательства в формате ССТ (системной семейной психотерапии).

3) Сопоставление динамики изучаемых показателей.

Объект исследования. Семьи с детьми дошкольного и младшего школьного возраста, страдающими невротическими расстройствами

Предмет исследования. Состояние семейной системы, невротические симптомы ребёнка и их динамика.

Вопрос здоровья детей, в том числе и нервно-психического, никогда не потеряет свою актуальность. Более тесная взаимосвязь психического и соматического у ребёнка, а так же его зависимость от семейного окружения делает системную семейную терапию (ССТ) актуальным методом работы там, где речь идёт о невротических симптомах ребёнка. Именно системный подход, рассматривающий симптомы ребёнка не изолированно, но в рамках семейной системы и специфики её функционирования, позволяет эффективно устранить возникающие проблемы. Динамично меняющийся современный мир предъявляет новые требования к адаптации семейной системы.

Практическое применение. Данная работа посвящена описанию

и анализу примера практического применения системного семейного подхода в работе с семьями, где воспитываются дети дошкольного и младшего школьного возраста, имеющие невротические симптомы, и обосновывает эффективность этого подхода, опираясь на показатели динамики индивидуальных и системных семейных показателей в ходе психотерапевтического вмешательства.

Практическая значимость работы связана в первую очередь с внедрением системного семейного подхода в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, осуществляемых на базе амбулаторной службы ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер», а также с разработкой практических рекомендаций к использованию данного метода.

Выборка: Обследованную группу составили 30 семей с детьми младшего школьного и дошкольного возраста, имеющими невротические симптомы (средний возраст детей составил $7,9 \pm 0,995$, из них 16 человек – мальчики и 14 – девочки) в полных (21) и неполных (9) семьях с невротическими расстройствами: энурез, заикание, тики, энкопрез и т.д.. Все семьи обратились за помощью в ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» либо были перенаправлены другими специалистами (психиатр, невролог) также в связи с проблемным поведением ребёнка. Все участники исследования дали добровольное информированное согласие на участие в нём и использование данных анкет и тестов, а также согласие на участие в исследовании детей.

Базовая идея системной семейной психотерапии заключается в том, что семья – это социальная система, т.е. комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом.[4,21]

Люди, составляющие семью, поступают так или иначе под влиянием своих потребностей и мотивов. Однако система первична по отношению к входящему в нее элементу. Поэтому для решения возникшей у одного из членов семьи проблемы целесообразно работать со всей семейной системой, а не с одним ее элементом [5, 64].

Одним из основоположников системного подхода считается Г. Бейтсон со своей теорией шизофрении. Было отмечено, что проявление симптомов в значительном числе случаев возобновлялось, после того как пациенты возвращались домой, к своим семьям, тем самым, сводя «на нет» усилия врачей, психологов и педагогов. Исследования Д. Джексона объяснили возникновение такого феномена: в

концепции семейного гомеостаза проявляется стремление системы к восстановлению стабильности и равновесия, к сохранению постоянства, в котором симптому отведена определенная роль.

Следует также упомянуть работы С. Минухина, М. Боуэна, Н. Аккермана, К. Витакера, И. Бошормени-Надя, группы Пало-Альто, а также других классиков семейной терапии, которые способствовали формированию нового видения в выявлении причин симптоматического поведения индивидуума. Они стали склоняться к тому, что проблема и ресурс для ее разрешения лежит в семейных отношениях, и именно поэтому необходимо работать с проблемой в рамках семейной терапии.

В своей работе Д. Паперо «Семья как элементарная единица» утверждает, что человеческая семья может быть описана как эмоциональное поле. Сам термин «поле» указывает на сложность эмоциональных стимулов, передаваемых и воспринимаемых членами семьи на разных уровнях взаимодействия. Одним из самых ярких системных семейных психотерапевтов XX века считается американский психиатр Мюррей Боуэн. Он разработал теорию семейных систем, которая сосредотачивается на функционировании эмоциональной системы семьи, которую описывает как сложный чувственно-поведенческий комплекс, свойственный почти всему животному миру, по крайней мере, начиная с эволюционного уровня рептилий и птиц.

Для наиболее полного понимания функций симптома следует учитывать, что семья представляет собой открытую систему, для выживания которой необходимо взаимодействие с социумом.

Обращаясь к общей теории систем Л. Берталанфи, мы видим акцент терапевтического воздействия лучше делать не только на компонентах, составляющих единое целое, но и на взаимоотношениях между ними [2, 87].

В своей статье ««Симптом» с точки зрения системного подхода и семейной психотерапии» М. Бебчук определяет симптоматическое поведение как широкий класс нарушений, включающий психопатологические симптомы, а также любое поведение, удовлетворяющее следующим условиям:

- поведение пациента оказывает сравнительно сильное влияние на других людей;
- оно произвольно и не поддается контролю со стороны пациента.

Симптоматическое поведение часто закрепляется окружением, и

пациент приобретает вторичные выгоды в той или иной форме [1,95].

К симптому можно отнести следующие виды феноменов:

1. Симптом-коммуникативная метафора, т.е. является не только характеристикой состояния, но и выражением отношений между людьми. В этом случае симптом выполняет функцию скрытой, парадоксальной коммуникации между людьми. Он заключает в себе коммуникативную метафору и в то же время представлен в форме, которая не воспринимается другими членами семьи как послание.[1,67]

2. Симптом-метафора, отражающая групповую тему семьи. Например, обсуждая девиантное поведение дочери, супруги теперь имеют возможность обсуждать важнейшие и щекотливые вопросы интимной жизни и нравственной чистоты не на своем опыте, а на примере событий из жизни дочери. Изобретая меры по спасению девочки, они спасают свой брак [1, 57].

3. Симптом – часть циркулярной коммуникативной последовательности. Примером могут являться уходы из дома и бродяжничество сына-подростка, которые возвращают отца с периферии эмоциональной жизни семьи, обеспечивают его включенность в актуальные переживания матери (супруги) и служат почвой для объединения супругов (хотя бы для поиска сына). Симптом ребенка в данном случае является регулятором дистанции между супругами. Таким образом, симптоматическое поведение становится частью циркулярной внутрисемейной коммуникации, что значительно затрудняет выздоровление[1,104].

4. Симптом сигнализирует о том, что семья испытывает трудности при переходе от одной стадии жизненного цикла к другой. Рождение ребенка, например, являясь одним из кризисных периодов в жизни семьи, влияет на все характеристики семьи, как системы (состав, границы, иерархию, правила), должны осваиваться новые роли и новый тип взаимоотношений[1,112].

Так, симптоматические проявления невротического уровня у детей могут с одной стороны свидетельствовать о неблагополучии брака родителей, выполняя коммуникативную функцию между супругами, либо указывать на трудности при переходе от одной стадии жизненного цикла к другой.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста можно отметить следующие типы нарушений:различные виды страхов, нарушение двигательной активности, следствием этого является высокая утомляемость и истощаемость, низкая устойчивость внимания[3,74];

невротические тики, заикание, нарушение сна, сочетающиеся с различными страхами, патологическими привычками (сосание пальца, накручивание волос и пр.), навязчивыми ритуалами (многократное пожелание спокойной ночи, повторные просьбы к родителям) [3,25], ночной энурез, невротический энкопрез, головная боль. Детимогут жаловаться на головную боль и головокружение, при которых они чувствуют сердцебиение, тошноту, затруднение дыхания или глотания. Реже возникают немотивированные жалобы на боль в груди, спине, ногах, руках, сердце. Зачастую во время осмотра ребенка обращают на себя внимание депрессивные особенности его мимики (печальное, безучастное лицо), характерная осанка (опущенные плечи, сутулость), замедленность движений, вялость, безынициативность, необщительность, агрессивность. При этом ни сам ребенок, ни его родители не замечают нарушения настроения [3,51].

К методам коррекции, которые использовались в работе с семьёй мы отнесли: циркуляционное интервью, домашние задания, парадоксальные предписания.

Методы исследования. Для сбора информации были использованы циркулярное интервью, построение генограммы и социограммы, в нашей работе использовался метод оценки состояния семьи: шкала семейного окружения (ШСО).

Данная шкала предназначена для оценки социального климата в семьях всех типов. Основное внимание ШСО уделяет измерению и описанию:

- отношений между членами семьи (показатели отношений);
- направлениям личностного роста, которым в семье придается особое значение (показатели личностного роста);
- основной организационной структуре семьи (показатели, управляющие семейной системой).

ШСО включает десять шкал, каждая из которых представлена девятью пунктами, имеющими отношение к характеристике семейного окружения (показатели отношений между членами семьи, показатели личностного роста, показатели управления семейной системой): сплоченность, экспрессивность, конфликт, независимость, ориентация на достижения, интеллектуально-культурная ориентация, ориентация на активный отдых, морально-нравственные аспекты (МНА). Степень семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям, организация, контроль. Тест «Опросник Айзенка» (детский вариант) – направлен на исследование трех ин-

дивидуальных качеств ребенка – интравертность -экстравертность, нейротизм и лживость. Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Teilor'sManifestAnxietyScale) предназначена для измерения проявлений тревожности. Опубликовано Дж. Тейлор в 1953 г.[6,31]. Методика «Корректирующая проба» (Тест Бурдона) позволяет диагностировать концентрацию внимания, устойчивость внимания, переключаемость внимания.

Методика запоминания «10 слов» оценивает состояния памяти, утомляемости, активности внимания.

Статистические методы. В рамках данной работы были использованы вычисление арифметического среднего, для сопоставления которых применялись критерии Т-Вилкоксона и хи-квадрат Фридмана. Кроме того, был проведён корреляционный анализ с использованием r-Пирсона и r-Спирмена. Все подсчёты велись с помощью программного пакета SPSS Statistics 19.

Результаты исследования. Динамика семейных показателей в процессе коррекции.

Состояние семьи оценивалось с помощью опросника ШСО (шкала семейного окружения). Замеры производились до начала работы с семьёй, затем после пяти занятий (пять недель), после десяти, после пятнадцати и после двадцати занятий. Это позволило отметить динамику исследуемых показателей.

Показатели отношений между членами семьи до начала работы характеризуются значениями, описываемыми авторами методики, как низкие. Низкий показатель сплочённости на данном этапе имеют 24 семьи (80%), в то время как высокий не получила ни одна обследованная семья. Средний показатель сплочённости на данном этапе составил $2,97 \pm 1,56$. Низкие показатели экспрессивности характеризуют 27 семей из 30 (90%), высокие – только 2 (10% от всех обследованных семей), среднее значение экспрессивности на данном этапе составило $3,13 \pm 1,14$ балла. И, напротив, показатель конфликта в предварительном замере высок для 20 семей (67%), и ещё для 10 (33%) имеет средние значения, а низким уровнем конфликта на предварительном этапе не была характеризована ни одна семья. В среднем на данном этапе показатель конфликта набрал 7 баллов при стандартном отклонении 0,87.

После окончания терапевтического вмешательства (последний замер) данные показатели выглядят совершенно иначе. Так, большинство семей – 22 (73%) характеризуют средние показатели

сплочённости, 7 – высокие (23%), а низкий уровень данного показателя характерен только для одной семьи, прошедшей терапию, из 30. Средний показатель сплочённости на данном этапе составил $5,47 \pm 1,28$. Экспрессивность имеет средние показатели для всех семей ($5,57 \pm 0,5$), прошедших терапию, и показатели конфликта в последнем замере так же имеют средние значения для всех 30 семей ($5,57 \pm 0,5$). Соотношение количества высоких, низких и средних показателей, полученных семьями до и после терапии, представлено в таблице 1.

Таблица 1. Сопоставление процента семей, имеющих низкие, средние и высокие показатели различных шкал семейных отношений методики ШСО на 0 этапе (до проведения психотерапевтического вмешательства) и 4 этапе (после его проведения).

Показатели		Низкие показатели	Средние показатели	Высокие показатели
Сплочённость	Начало исследования	80%	20%	0%
	После двадцатого занятия	4%	73%	23%
Экспрессивность	Начало исследования	90%	0%	10%
	После двадцатого занятия	0%	100%	0%
Конфликт	Начало исследования	0%	33%	67%
	После двадцатого занятия	0%	100%	0%

Различия носят статистически значимый характер ($p < 0,001$) для всех трёх показателей.

В Таблице 2 представлен процент семей, имеющих соответственно низкие, средние и высокие показатели по пяти параметрам личностного роста.

Таблица 2. Сопоставление процента семей, имеющих низкие, средние и высокие показатели различных шкал личностного роста методики ШСО на 0 этапе (до проведения психотерапевтического вмешательства) и 4 этапе (после его проведения).

Показатель личностного роста методики ШСО		Низкие значения (% семей)	Средние значения (% семей)	Высокие значения (% семей)
Независимость	Начало исследования	0%	0%	Независимость
	После двадцатого занятия	0%	100%	

Ориентация на достижения	Начало исследования	80%	0%	Ориентация на достижения
	После двадцатого занятия	0%	47%	
Интеллектуально-культурная ориентация	Начало исследования	80%	20%	Интеллектуально-культурная ориентация
	После двадцатого занятия	23%	77%	
Ориентация на активный отдых	Начало исследования	100%	0%	Ориентация на активный отдых
	После двадцатого занятия	10%	90%	
Морально-нравственные аспекты	Начало исследования	80%	20%	Морально-нравственные аспекты
	После двадцатого занятия	10%	70%	

Различия между показателями до терапии и после терапевтического вмешательства также носят статистически значимый характер ($p < 0,001$) для всех показателей.

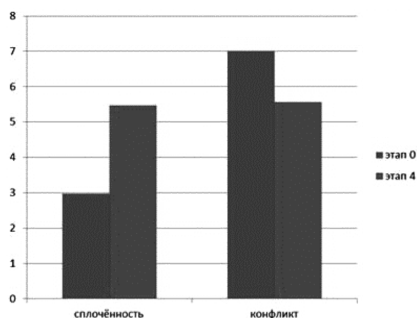
В целом отношения в обследованных семьях к моменту начала терапии были довольно напряжёнными, что усугублялось общей неорганизованностью, характерной для большинства семей до терапии.

В процессе терапевтической работы картина семейных отношений существенно изменились. Заметно повышаются показатели сплочённости и экспрессивности, а показатель конфликта, высокий при первом замере, приобретает средне-нормативные значения. В целом отмечается большая открытость и эмоциональной близость между членами семей, а также снижение уровня конфликта и напряжённости. Это, безусловно, можно отнести к позитивным изменениям, облегчающим жизнь семейной группы.

Показатели личностного роста, характеризующие те направления развития, которым внутри семьи придаётся большее или меньшее значение, так же претерпевают изменения в ходе психотерапии. Такие показатели, как интеллектуально-культурная ориентация, ориентация на активный отдых и достижения, а также степень уважения к этическим и моральным нормам от первого к последнему замеру значительно возрастают, приобретая вместо низких средние и высокие значения. Ориентация на независимость, которая связана с самоутверждением и самостоятельностью в принятии решений, напротив,

несколько уменьшается, предположительно в связи с тем, что после прохождения психотерапии члены обследованных семей несколько большее значение придают мнению родственников и совместной, общей деятельности, согласованности внутри семьи.

Сопоставление средних значений показателей сплочённости и конфликта на 0 (до начала тестирования) и 4 (после двадцатого занятия) этапах психотерапевтического вмешательства.



Таким образом, в процессе психотерапевтической работы отмечена позитивная динамика семейных показателей в виде снижения уровня показателей конфликта и напряжения, большей организованности и эмоциональной открытости.

Показатели, характеризующие состояние ребёнка и их динамика в ходе коррекции. Основной причиной обращения обследованных семей за помощью являлись невротические симптомы ребёнка. Поэтому его состояние являлось важным показателем эффективности работы. Как и общее состояние семьи, оно измерялось последовательно пятью идентичными замерами, произведёнными перед началом психотерапии, после пяти занятий, после десяти, после пятнадцати и после двадцати занятий. Измерения производились с помощью тестов Айзенка, Тейлора, Лурии, а также и корректурной пробы.

До проведения терапии все обследованные дети характеризовались довольно высокими показателями нейротизма и низкими – шкалы экстраверсии-интроверсии теста Айзенка. Кроме того, у большинства детей – 24 (80%) зарегистрированы так же довольно высокие показатели по шкале лжи. Лживость в сочетании с интроверсией и высоким нейротизмом обычно связана с заниженной самооценкой, неуверенностью в себе, а в неблагоприятных обстоятельствах также с симптоматикой депрессивно-фобического круга (например, немотивированными страхами).

Также следует отметить средний уровень тревоги у детей при первом обследовании. Данная группа значений отмечается авторами методики как «средний уровень, имеющий тенденцию к низкому» и характеризует в первую очередь склонность к хроническим тревожным реакциям.

Показатели после проведения психотерапевтической работы заметно меняются. Помимо достижения основного эффекта – исчезновения или значительного облегчения невротического симптома, послужившего причиной обращения семьи к специалисту, значительно изменяются показатели, характеризующие состояние ребёнка. Так, заметно падает уровень нейротизма, характеризующий общую неустойчивость и неадаптированность ребёнка. Показатели экстраверсии-интраверсии, оставаясь в рамках, относящихся к низким, т.е. интраверсивным, показателям, несколько повышаются, что говорит о большей, чем до прохождения психотерапии, обращённости к окружающему миру, готовности к установлению контактов. Кроме того, падает уровень тревожности – в последнем замере подавляющее большинство детей имеют показатель тревожности, находящийся на границе низкого её уровня. Количество детей, характеризующихся высоким показателем лживости, падает ровно в два раза – их только 12 (40%).

Когнитивные функции – память и внимание – значительно повышаются. Это может быть проинтерпретировано как общее улучшение состояния ребёнка. Снижение напряжения и уменьшение невротических симптомов способствуют позитивной динамике, сказывающейся на данных функциях.

Таким образом, состояние ребёнка в ходе терапии значительно улучшается. Падает уровень нейротизма и тревожности, уменьшается лживость; готовность к контактам, напротив, увеличивает свои позиции. Кроме того, не следует забывать и о достижении основной цели психотерапевтического вмешательства, связанной с устранением невротического симптома, которой так же удалось добиться во всех учтённых в данной работе случаях.

Представленные выше данные позволяют сделать заключение как о постепенной гармонизации отношений в семье, так и об улучшении состояния ребёнка, в частности, о снижении показателя нейротизма и тревожности. При общей тенденции к снижению показателей нейротизма ребёнка и конфликта в рамках прохождения семьями терапии и повышению – показателей сплочённости, данный факт

можно проинтерпретировать с точки зрения теории системной семейной терапии. Улучшение состояния ребёнка, особенно на первых этапах, тесно связано с общим улучшением обстановки в семье, что полностью согласуется с положением, рассматривающим симптом как функцию семейной системы. Однако к концу терапии эта связь исчезает; можно предположить, что за счёт общей гармонизации отношений в семье и стабилизации состояния ребёнка влияние одного на другое сходит на нет, уступая место индивидуальным, характеризующим семью показателям, чья вариативность больше зависит от личных особенностей её членов и специфики сложившихся отношений, чем от проявления неблагополучия через невротическую симптоматику ребёнка. Коэффициенты корреляции и их уровень статистической значимости представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3. Связь показателей нейротизма и сплочённости

	Средние показатели сплочённости семьи	Средние показатели нейротизма ребёнка	Коэффициент корреляции	P-уровень
Этап 0	2,97	16,97	-0,508	P=0,004
Этап 1	3,73	16,43	-0,534	P=0,002
Этап 2	4,03	14,93	-0,437	P=0,016
Этап 3	4,4	13,57	-0,667	p<0,001
Этап 4	5,47	12,23	0,13	P=0,493

Таблица 4. Связь показателей нейротизма и конфликта

	Средние показатели конфликта семьи	Средние показатели нейротизма ребёнка	Коэффициент корреляции	P-уровень
Этап 0	7	16,97	0,371	p=0,043
Этап 1	7,1	16,43	0,659	p<0,001
Этап 2	6,4	14,93	0,378	p=0,034
Этап 3	5,6	13,57	0,349	p=0,058
Этап 4	5,57	12,23	0,195	p=0,3

Среди исследуемых семей наблюдался также напряженный тип внутрисемейных отношений, где ребенок отвергался матерью (по различным причинам). В этих семьях любое проявление или действие ребенка обесценивается, что приводило к негативной оценке собственного «Я» ребенком, и к обесцениванию внешнего мира. Для детей 6-9 лет при осложненном типе внутрисемейных отношений характерны следующие клинические особенности: наличие разнообразных эмоциональных нарушений, сочетание сниженного настроения с тревожностью, капризностью, боязливостью, нарушение

школьных навыков, проявление системных нарушений в виде энуреза, энкопреза.

Практически во всех случаях наблюдается связь между показателями семейных отношений и показателями симптома ребенка, то есть при оптимизации функционирования семейной системы симптом у ребенка постепенно снижает уровень выраженности, и, наоборот, при каких-либо ухудшениях в семейных отношениях происходит возврат ребенка к предыдущим результатам.

Таким образом, в ходе психотерапевтической работы была отмечена зависимость невротических симптомов у ребенка, от отношений в семье (как между детьми и родителями, так и в родительской диаде).

Обобщая сказанное выше, можно подчеркнуть устойчивую положительную динамику всех показателей в ходе психотерапевтической работы. Основную цель исследования можно считать достигнутой, как на основании данных статистического анализа, так и с помощью произведённых в ходе терапии наблюдений.

Выводы

1. До начала психотерапевтической работы семьи пациентов характеризуются низкими показателями сплочённости и контроля, и высокими – конфликта, однако в ходе психотерапии ситуации в семьях гармонизируются, приобретая более высокие значения сплочённости, более низкие – конфликта и средние показатели управления семьёй.

2. Дети, чьи невротические симптомы послужили причиной обращения семей, характеризуются высокими показателями нейротизма и лживости, при среднем уровне тревожности и склонности к интроверсии, однако в ходе психотерапевтической работы уровень нейротизма снижается вместе с невротической симптоматикой, а также выравниваются остальные показатели состояния ребёнка (немного повышается уровень экстраверсии, снижается уровень тревоги).

3. Отмечена статистически значимая связь показателей индивидуального состояния ребёнка и показателей, характеризующих обстановку в семье. Совместная позитивная динамика данных показателей обосновывает основной тезис работы относительно положительного влияния гармонизации семейной системы на невротическую симптоматику ребёнка.

4. Данная работа доказывает эффективность практического применения системного семейного подхода в работе с семьями, где вос-

питываются дети дошкольного и младшего школьного возраста, имеющие невротические симптомы.

Литература

1. Бебчук М.А. «Симптом» с точки зрения системного подхода и семейной психотерапии [Электронный ресурс] URL: http://www.familyland.ru/library/sciencearticle/sciencearticle_70.html

(дата обращения: 17.05.2015)

2. Бергаланфи Л. фон. Общая теория систем – критический обзор// Исследования по общей теории систем: Сборник переводов / Общ. ред. и вст. ст. В.Н. Садовского и Э.Г. Юдина. М.: Прогресс, 1969. 23-82с.

3. Бобылова М.Ю. Возраст-зависимые проявления невротозов у детей // Журнал практика-педиатра. 2007 [Электронный ресурс] URL: <http://medi.ru/doc/j01070544.htm> (дата обращения: 19.06.2015)

4. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. Изд.: Когито-Центр, 2011, 184 с.

5. Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Теория семейных систем Мюррея Боузена // Московский психотерапевтический журнал. – 2005 – №2, 137-146 с.

6. Лекторский В.А., Садовский В.Н. О принципах исследования систем // «ВФ» – 1960. – № 8 – 45 – 67 с.

Сведения об авторе

Кабкова Ольга Михайловна – медицинский психолог ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер». E-mail: o.m.kabkova@gmail.com

Катерная Ю.Е.

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА БАЗЕ ШКОЛЫ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Аннотация. Целью проведенного исследования было изучение возможностей профилактической деятельности на базе школы на частоту развития непсихотических психических расстройств (в особенности, депрессивных и тревожных) среди подростков. Были обследованы 1137 учащихся средних общеобразовательных, никогда ранее не обращавшихся за психиатрической помощью. Полученные данные показали, что наибольшее влияние на распространенность этих расстройств имели социальные причины, в особенности - обстановка в родительской семье. На основании результатов была разработана

образовательная программа, направленная на повышение уровня информированности родителей и членов школьной администрации о психических расстройствах в подростковом возрасте, факторах, на них влияющих, и возможностях оказания психиатрической помощи. Повторное обследование показало достоверное снижение уровня непсихотических психических расстройств. Основным фактором, способствующим этому, была нормализация семейных отношений и снижение уровня физического насилия.

Полученные результаты показали эффективность данной образовательной программы в общеобразовательном учреждении.

Ключевые слова: психическое здоровье подростков, непсихотические психические расстройства, социальные факторы, семейные факторы, профилактика психических нарушений.

Keywords: mental health of adolescents, non-psychotic mental disorders, social factors, family factors, prevention of mental disorders.

Актуальность. В настоящее время выявляется высокий уровень психических, в частности, тревожных и депрессивных, расстройств среди подростков. В литературных источниках приводится ряд факторов, оказывающих влияние на развитие данных нарушений. Среди них большое значение имеют наследственность, неблагоприятное социальное положение, дисгармоничные семейные отношения и соматические заболевания. [5, 8-14; 7,4-9; 8,2-3]

С точки зрения части авторов, наибольшую роль в развитии депрессивных и тревожных расстройств среди школьников играют конфликтные и формальные взаимоотношения в родительской семье, гиперопека. Особое внимание уделяется физическому насилию в семье. Наиболее часто оно выявляется в семьях, имеющих социальные проблемы, такие как алкогольная и наркотическая зависимость, низкий материальный уровень, отсутствие постоянного дохода и удовлетворительных жилищных условий. Но последние исследования показывают, что подростки, воспитывающиеся в благополучных семьях, так же подвергаются физическому насилию. В большинстве случаев, школьники не сообщают о факте семейного насилия, даже если оно длительное и приводит к физическому ущербу. [2,112-120; 3,7-9; 7,2-3]

Наиболее тесное взаимодействие с подростками имеют сотрудники школы, в которой они обучаются. Члены школьной администрации находятся в постоянном контакте с учащимися, пользуются их доверием, знают о проблемах в их жизни. Сотрудники учебного за-

ведения не только могут оценить неблагополучную обстановку в семье и ее негативное воздействие на школьника, но и оказать влияние на родителей, провести профилактическую работу, направленную на нормализацию семейных отношений, в том числе – снижение уровня физического насилия. Часто именно члены школьной администрации инициируют участие социальных служб и правоохранительных органов в ситуациях в семье, несущих непосредственную угрозу для физического и психического здоровья подростков. [1,50-54; 2,172-198; 4,119; 6,337]

Приведенные выше данные свидетельствуют об актуальности изучения влияния профилактической работы на базе школы на дисгармоничные отношения в семье учащегося, и, как следствие, на его психическое здоровье.

Цель. Целью проведенного исследования было изучение возможностей профилактической деятельности на базе школы на частоту развития непсихотических психических расстройств (в особенности, депрессивных и тревожных) среди подростков.

Материалы и методы. Данное исследование включало 1347 подростков, никогда ранее не обращавшихся за психиатрической и/или наркологической помощью, в возрасте от 10 до 19 лет, обучавшихся в 7-11 классах школ города Нижнего Новгорода и Нижегородской области. В анкетировании участвовали общеобразовательные школы, учебные заведения с углубленным изучением предметов гуманитарного или физико-математического цикла, а также учебные центры, значительную часть контингента которых составляли подростки, имевшие социальные проблемы (низкая успеваемость, семейные трудности, включавшие физическое насилие, конфликтные и/или формальные отношения с родителями).

Часть респондентов (135 человек) проходили обследование дважды (в 2013 и 2016 годах), все они обучались в школе с углубленным изучением гуманитарных предметов.

Методом обследования было выбрано анонимное анкетирование, позволяющее охватить необходимый объем испытуемых при достаточном уровне достоверности. Анкеты содержали две части: базисную карту для клинко-эпидемиологических этно-культуральных исследований, содержащих демографические и социальные данные о респонденте, клиническую часть с перечнем психопатологических симптомов, объединенных в симптомы согласно рекомендациям, основанным на МКБ-10 и DSM-IV. Дополнительно необходимо от-

метить, что вопросы были сформированы в доступной для респондентов форме (учитывая их возраст), с возможностью нескольких ответов и указания замечаний. Анкеты подростками заполнялись самостоятельно в присутствии врача-психиатра.

Респонденты в большинстве своем являлись несовершеннолетними, поэтому их родителями заполнялись добровольные информированные письменные согласия. Лица в возрасте 15 лет и старше также заполняли информированное согласие для участия в обследовании.

Наибольшую заинтересованность в проведении исследования демонстрировали сами подростки, высказывавшие желание получить достоверную информацию по данной теме. Семьи школьников в большинстве случаев не проявили значительного интереса к обследованию, за исключением социально активных родителей, принимавших участие в работе родительских комитетов и других объединений.

Статистическая обработка полученных результатов была осуществлена при использовании пакета статистических программ для социальных наук IBM SPSS Statistics 20, оценка достоверности полученных результатов производилась при помощи параметрических и непараметрических методов.

Результаты и обсуждения. Было проведено изучение распространенности непсихотических психических расстройств среди подростков, обучавшихся в одном учебном заведении и получавших образование по программе с углубленным изучением предметов гуманитарного цикла.

Впервые обследование подростков было проведено в октябре-ноябре 2013 года (Группа 1). Большую часть составили школьники в возрасте 15-19 лет (67,4%), меньшую (32,4%) – респонденты 10-14 лет. Среди этих подростков преобладали девушки (64,0%).

Повторно эта группа была анкетирована в сентябре-октябре 2016 года (группа 2). Все подростки, принявшие участие в повторном анкетировании, были старше 15 лет. Половой состав был сопоставим с первым анкетированием (девушки составили 66,7%, лица мужского пола – 33,3%).

Значительную часть группы 2 составили респонденты, проходившие анкетирование в 2013 году в составе группы 1 (более 70%).

В таблицах 1-4 приведены основные результаты обследования (распространенность депрессивных и тревожных расстройств, взаимоотношения в родительской семье, уровень физического насилия,

употребление алкоголя и наркотических препаратов подростками).

Первое анкетирование показало высокие уровни депрессивных и тревожных нарушений (включая фобии, ПТСР и генерализованное тревожное расстройство). Полученные результаты соотносятся с распространенностью данных расстройств в подростковом возрасте как по данным российских, так и зарубежных источников. [3,4,5]

В дальнейшем был проведен анализ полученных данных с целью определения факторов, оказывающих влияние на частоту развития непсихотических психических нарушений среди школьников. Было выявлено, что наибольшее влияние на распространенность этих расстройств имеют социальные причины, в особенности - обстановка в родительской семье. Нами была изучена взаимосвязь между психической патологией и взаимоотношениями в родительской семье, а именно: доминирующими стратегиями воспитания, собственно отношениями между членами семьи, наличием социальных проблем в семье (алкоголизация родителей и/или других членов семьи, финансовые затруднения, физическое насилие).

Обнаружено, что наибольшее влияние на развитие тревожных и депрессивных расстройств оказывают конфликтные или формальные отношения с родителями и физическое насилие.

Учитывая сложность взаимодействия с родителями подростков, не обращавшихся за психиатрической и наркологической помощью, было принято решения провести профилактическую работу с ними на базе учебных заведений. Подобная практика объясняется тем, что школы имеют возможность длительно контактировать с семьями школьников вне лечебных учреждений.

Дальнейшая деятельность осуществлялась совместно с администрацией учебного заведения с углубленным изучением предметов гуманитарного цикла. Данная школа имеет статус престижной и привилегированной, более 95% выпускников которой поступили в престижные высшие учебные заведения. Кроме того, она является сравнительно небольшой (около 600 учащихся), использует прогрессивные методики обучения и находится в тесном взаимодействии с социальными службами и правоохранительными органами. Следует отметить, что администрация школы проявила высокий интерес к проведенному обследованию и выразила желание принять участие в дальнейших профилактических мероприятиях. Большую роль в работе этого воспитательной и общественной деятельности этого учебного заведения играют родительский комитет и «Совет отцов».

Полученные результаты, включая собственно распространенность психических нарушений и обнаруженные факторы риска, были представлены администрации школы. На основании этих данных совместно с заместителем директора по воспитательной работе, социальным педагогом и школьным психологом был составлен план профилактических мероприятий. Основной целью проведенной работы было повышение уровня информированности как членов школьной администрации, так и родителей о психических расстройствах в подростковом возрасте, причинах их возникновения и возможностях оказания психиатрической помощи.

В процессе разработки образовательной программы было проведено анкетирование родителей и членов школьной администрации с целью выявления уровня знаний о психической патологии и психиатрической помощи. Обнаружено, что значительная часть как родителей, и сотрудников школы не имела актуальной информации о психических нарушениях, и, в то же время, считала, что обращение к психиатру как самого подростка, так и его родителей может оказать негативно влияние на получение в дальнейшем образования в престижном учебном заведении. Психические расстройства в подростковом возрасте они в большинстве случаев указывали как проходящие, временные, связанные исключительно с кризисом подросткового возраста, а потому не требующие медицинского вмешательства. Более 90% родителей считали, что отношения в семье не имеют большого влияния на психическую патологию в подростковом возрасте. Никто из опрошенных родителей не оценил свои методы наказания как чрезмерные, 45,5% отметили, что физические методы воспитания допустимы в любом возрасте.

Результаты проведенного среди родителей и членов школьной администрации анкетирования показали необходимость проведения профилактических мероприятий на базе учебного заведения.

Разработанная образовательная программа затрагивала следующие темы:

Основы законодательства об оказании психиатрической помощи на территории Российской Федерации. Учитывая, что предварительное исследование показало низкий уровень информированности родителей и членов школьной администрации о порядке оказания психиатрической помощи, была представлена актуальная информация о лечении психической патологии в подростковом возрасте, порядке представления информации третьим лицам и ограничениях в трудо-

вой деятельности и воинской повинности, связанных с хроническими психическими заболеваниями.

Симптомы основных психических расстройств, включая особенности их течения в подростковом возрасте. Наибольшее внимание уделялось депрессивным, тревожным и эксплозивным нарушениям, дисморфофобии, нервной булемии и нервной анорексии.

Актуальная информация о распространенности психической патологии среди школьников и факторах, способствующих ее развитию. Обсуждалось влияние семейной обстановки на психическое здоровье подростков, в особенности – конфликтных отношений и физического насилия. Большое внимание было уделено разграничению понятий «физическое насилие» и «физическое наказание», выбору более благоприятных стратегий воспитания, способам нормализации семейных отношений.

Стратегии поведения родителей подростков и членов школьной администрации в случае обнаружения симптомов психических нарушений у учащихся, а также употребления ими алкоголя и наркотических препаратов.

Профилактические мероприятия с целью снижения уровня стресса среди школьников, в особенности – связанного с чрезмерными нагрузками и неблагополучной семейной обстановкой.

Образовательная программа корректировалась и дополнялась в зависимости от пожеланий участников.

В первую очередь, были проведены занятия для членов школьной администрации, в особенности – классных руководителей, работавших со старшими подростками. Осуществлялась разработка стратегии поведения учителей в случае выявления физического насилия в семье и неправильного поведения самих подростков (включая агрессивные и суицидальные тенденции), плана взаимодействия с лечебными учреждениями и правоохранительными органами.

Работа с родителями проводилась в виде выступлений на школьных родительских конференциях, родительских собраниях в классах и проведении индивидуальных консультаций для родителей при необходимости. На протяжении 2015-2016 учебного года сотрудниками кафедры были посещены 2 школьные родительские конференции, 8 родительских собраний, проведено более 50 индивидуальных консультаций с родителями. Тематикой последних в основном являлась ранняя диагностика психической патологии в подростковом возрасте и выработка стратегии поведения родителей при конфликтных

отношениях с детьми, употреблении алкоголя и/или наркотических препаратов школьниками, профилактика стрессовых состояний, связанных с атмосферой подготовки к сдаче экзаменов и поступлении в высшее учебное заведение.

После проведения образовательной программы более 80% участников отметили, что получили необходимую им информацию в доступной форме, кроме того, проведенные мероприятия заставили их пересмотреть собственные методы воспитания, скорректировать их. Часть из них сообщила, что информация, полученная на образовательной программе, существенно отличается от представленной в сети Интернет.

Перед рассмотрением результатов повторного обследования необходимо отметить тот факт, что после первого анкетирования только 6 подростков (менее 5%) обратились за психиатрической помощью в связи с выявленными симптомами депрессивных и тревожных расстройств. Таким образом, полученные положительные результаты нельзя считать следствием оказания медицинской помощи.

Сравнение итогов обследования, проведенного после представленных выше мероприятий, с полученными ранее данными показало прогрессивное снижение указания на недоброжелательную семейную обстановку (конфликтные или формальные взаимоотношения в семье, стратегии, направленные на подчинение и строгое соблюдение правил). Значительное меньшее число подростков отметили физическое насилие в семье, в особенности – длительное. (Таблицы 1-4).

Повторное анкетирование показало достоверное снижение уровня депрессивных, и, в особенности – тревожных расстройств (ПТСР, агорофобии и социофобии). Симптом тревоги, на который указывали 95,4% подростков в первой выборке (2013 год), имел место у 65,3% подростков при проведении обследования в 2016 году.

Проведенный анализ показал, что снижению распространенности депрессивных и тревожных расстройств среди школьников способствовала нормализация семейных отношений, а именно уменьшения конфликтов в семье, переход от гиперопеки и формальности во взаимоотношениях к доброжелательности и партнерству; смена стратегий воспитания с рассчитанных на подчинение на более либеральные, снижение уровня физического насилия в семье.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило мнение о том, что эффективная социальная работа, проводимая школой, оказывает влияние на обстановку в семье, и, как следствие, психическое

здоровье подростков. В то же время, многие источники показывают, что подобная деятельность не всегда дает результаты в связи с трудностями установления необходимого контакта с семьями, в особенности – неблагополучными. В большинстве случаев, выказывают желание работать со школьной администрацией только некоторые родители, чаще всего – с активной жизненной позицией и не имеющие выраженных социальных проблем. [10,12]

Выводы. Проведенное исследование показало, что большое влияние на психическое здоровье подростков оказывали отношения в родительской семье и физическое насилие.

Профилактическая работа, проводимая совместно со школьной администрацией в течение длительного времени, привела к снижению уровня депрессивных и тревожных расстройств в этом возрасте. Полученные результаты показали необходимость внедрения подобной практики в общеобразовательных учреждениях с целью снижения распространенности психических нарушений в подростковом возрасте.

Приложения.

Таблица 1. Отношения в родительской семье и доминирующая стратегия воспитания.

Показатель	Группа 1 (2013)	Группа 2 (2016)
Отношения в семье:		
Доброжелательные	64,0%	90,7%
Формальные	24,0%	3,7%
Конфликтные	14,5%	3,7%
Гиперопека	15,9%	4,5%
Доминирующая стратегия воспитания:		
Самостоятельность	54,7%	70,4%
Соблюдение требований старших	37,8%	15,2%
Подчинение	24,6%	9,3%
Партнерство	52,3%	77,8%

Таблица 2. Физическое насилие в семье.

Показатель:	Группа 1	Группа 2 (2016)
Не подвергались насилию	88,4%	92,6%
Физическое насилие всего	17,6%	3,7%
В т.ч. однократно	6,4%	0,7%
Множественно (месяцы)	5,8%	1,5%
Множественно (годы)	5,4%	1,5%

Таблица 3. Употребление алкоголя и наркотиков подростками.

Показатель	Группа 1 (2013)	Группа 2 (2016)
Не употребляют алкоголь	46,5%	50,0%
Употребляют редко	40,5%	40,7%
Употребляют часто	9,9%	3,7%
Не употребляют наркотики	59,5%	83,3%
Употребляют редко	19,5%	5,4%

Таблица 4. Распространенность психических расстройств.

Показатель	Группа 1 (2013)	Группа 2 (2016)
Депрессивный синдром	19,8% P=0,0.005	12,5% P=0.0500
В т.ч. имели суицидные мысли	39,3% P=0,0015	6,2% P=0,035
Генерализованное тревожное расстройство	10,5% P=0,0042	6,2% P=0,051
Агорафобия	2,9% P=0,003	1,9% P=0,035
Социофобия	6,6% P=0,0025	5,6% P=0,004
Панические атаки	8,8% P=0,25	3,7% P=0,052
Посттравматическое стрессовое расстройство	8,4% P=0,025	3,7% P=0,005

Литература

1. Акимова Вера Александровна Историко-педагогический анализ развития современных моделей взаимодействия школы и семьи // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2013. №4 С.47-57.
2. Алексеева, И.А. Жестокое обращение с ребенком: причины. Последствия. Помощь / И.А. Алексеева. – М. : Генезис, 2005. – 256 с.
3. Белов В. Г., Парфенов Ю. А., Калугин А. М., Кирьянов В.М. Невротическая симптоматика у подростков в позднем периоде после психической травмы, связанной с насилием в семье // Ученые записки университета Лесгафта . 2012. №4. С.7-11.
4. Журба Н. Н. Взаимодействие семьи и школы как предмет педагогического исследования // МНКО. 2010. №6-1 С.118-121.
5. Катерная Ю.Е. Психическое здоровье подростков, подвергшихся физическому насилию в семье.// Социальная и клиническая психиатрия. 2016. №2. С.50-54.
6. Распространенность психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 году: Аналитический обзор. М. : ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, 2014. 43 с.
7. Юткина Елена Владимировна Взаимодействие школы и семьи в воспитании // Вектор науки Тольяттинского государственного универ-

ситета. Серия: Педагогика, психология. 2012. №1 С.336-338.

8. Health Care Cost Institute. Children's health care spending report: 2007–2010. Washington, DC: Health Care Cost Institute. 2012.

9. Meltzer H., Gatward R., Goodman R., Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. – London: The Stationery Office, 2000.

Сведения об авторе

Катерная Юлия Евгеньевна - аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Нижегородская Государственная Медицинская Академия» Минздрава России. E-mail: katernaya.yulia@gmail.com

Колесниченко Е.В., Барыльник Ю.Б., Голимбет В.Е.

ГЕН DRD2 И СЕМЕЙНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Аннотация. Были изучены семейные случаи шизофрении в сопоставлении со спорадическими на примере популяции Саратовской области с учетом полиморфизма С939Т (аллели С и Т) гена рецептора дофамина 2 типа DRD2 (rs6275C>T). В результате проведенного исследования обнаружена более высокая частота генотипа ТТ для полиморфизма С939Т гена DRD2 (rs6275) у пациентов с наследственной шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, семейные случаи, ген DRD2, rs6275.

Этиология и патогенез шизофрении в настоящее время недостаточно выяснены. Тем не менее, генетическая гипотеза шизофрении общепризнанна. Существование семейных случаев шизофрении подтверждает наследственную природу заболевания. Генетическая детерминированность с полигенным менделевским типом наследования, которая присуща шизофрении, определяется не одним конкретным геном, а совокупностью вариантных аллелей в нескольких локусах хромосом, создающих наследственную предрасположенность к развитию заболевания [1]. Современные молекулярно-генетические исследования шизофрении уделяют особое внимание риску заболеваемости для родственников, частоте, типу наследования, прогнозу для последующих поколений. Актуальность проблемы связана с относительно высокой частотой семейных случаев шизофрении в популяции больных эндогенными психозами. Сообщается о клинических особенностях семейных случаев шизофрении с преобладани-

ем параноидной формы [2].

Цель исследования: изучить генетические особенности семейных случаев шизофрении в сопоставлении со спорадическими с учетом полиморфизма C939T (аллели С и Т) гена рецептора дофамина 2 типа DRD2 (rs6275C>T).

Материалы и методы. Нами было обследовано 206 больных параноидной шизофренией (97 женщин, 109 мужчин; возрастной диапазон – от 18 до 60 лет включительно; средний возраст в годах = $31,2 \pm 0,71$), русских по национальности, с различной продолжительностью заболевания, поступивших для лечения в психиатрические стационары г. Саратова и Саратовской области по поводу обострения шизофренического процесса. Основными критериями отбора являлись верифицированный стационарным обследованием диагноз параноидной шизофрении «F20.0» (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10), соматическое благополучие. Критериями исключения являлись наличие сопутствующих психических расстройств, черепно-мозговая травма в анамнезе, отказ сотрудничать в ходе проведения интервьюирования.

Анамнез и демографические данные собирались в ходе клинического интервьюирования и во время работы с картами стационарного больного. Диагноз психического расстройства определялся с помощью диагностических критериев Международной классификации болезней десятого пересмотра МКБ-10.

У 36 пациентов достоверной и непротиворечивой информации о наследственной отягощенности по шизофрении в процессе детального изучения генеалогического древа выявить не удалось. У 140 обследованных пациентов (63 женщины, 77 мужчин) наследственная отягощенность по шизофрении отсутствовала, у 30 пациентов (19 женщин, 11 мужчин) случай шизофрении был определен как семейный, что составило 17,6%. Случай шизофрении определялся как семейный при наличии у пациента как минимум одного родственника (бабушки-дедушки, тети-дяди, родители, братья, сестры и дети) с данным заболеванием. Генотипированы и обследованы были только пробанды.

Исследование было одобрено Этическим комитетом ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» (протокол № 2 от 13.10.2009 г). Все обследованные дали информированное согласие на участие в исследовании.

Материалом исследования являлась периферическая венозная

кровь пациентов, взятая из кубитальной вены. Материалы для генотипирования отправлялись в лабораторию клинической генетики НЦПЗ РАМН (зав. лабораторией - д.б.н. В.Е. Голимбет), где из образцов крови выделяли ДНК с помощью фенол-хлороформного метода. Исследовали полиморфизм C939T (аллели С и Т) гена рецептора дофамина 2 типа DRD2 (rs6275C>T).

Исследование взаимосвязи между парами дискретных качественных признаков проводилось с использованием анализа парных таблиц сопряженности. Помимо оценок критерия Пирсона Хи-квадрат и достигнутого уровня статистической значимости этого критерия, вычислялась оценка интенсивности связи анализируемых признаков с помощью V-коэффициента Крамера. Статистический анализ выполнен в Центре «Биостатистика» (руководитель - к.т.н. Леонов В.П). Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистических пакетов SAS 9.3, STATISTICA 10 и IBM-SPSS-21. Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05. В случае превышения достигнутого уровня значимости статистического критерия этой величины, принималась нулевая гипотеза.

Результаты. Была обнаружена низкая частота повторяемости шизофрении в исследованных нами семейных случаях (2, реже 3, пациента в одной семье), что согласуется с литературными данными и свидетельствует в пользу неменделевского типа наследования и полигенной расположенности к шизофрении [1].

В пяти случаях (16,7%) вторичные шизофренические психозы отмечались у братьев и сестёр пробандов. В 16 наблюдениях (53,3%) родоначальниками заболевания являлись матери или родственники пробандов по материнской линии, в 9 наблюдениях (30%) – отцы или родственники пробандов по отцовской линии. Полученные результаты подтверждают мнение о наличии тенденции к материнскому типу наследования у больных шизофренией [5, 4], что может быть объяснено вовлечением митохондриального генома в процессы наследования шизофрении [3, 6].

Был проведён анализ частот аллелей для полиморфизма rs6275 у больных параноидной шизофренией с учётом семейного анамнеза. У обследованных больных, имеющих родственников с шизофренией, встречаемость аллеля С полиморфизма C939T гена DRD2 в генотипе была значимо меньше, чем у пациентов без семейной отягощённости по шизофрении (табл.1).

Таблица 1. Частота аллелей полиморфизма rs6275 у больных параноидной шизофренией в группах с наличием (n=30) и отсутствием (n=140) семейной отягощенности

Ген	Ген DRD2 (rs6275)	
	С	Т
Аллели		
Семейные случаи	23 (76,7%)	14 (46,7%)
Спорадические	130 (92,9%)	73 (52,1%)
V-критерий Крамера	-0,2	-0,04
p-value	0,007	0,58

На следующем этапе проведён анализ частот генотипов изучаемого полиморфизма в группах больных шизофренией с учётом семейного анамнеза. Среди семейных случаев параноидной шизофрении значительно чаще, чем в группе больных без семейной отягощенности по заболеванию, встречался генотип ТТ для полиморфизма С939Т гена DRD2 (rs6275). Полученные результаты наглядно представлены в таблице 2.

Таблица 2. Частота генотипов полиморфизма rs6275 у страдающих параноидной шизофренией в группах с наличием (n=30) и отсутствием (n=140) семейной отягощенности

Ген	Ген DRD2 (rs6275)		
	СС	СТ	ТТ
Генотип			
Семейные случаи	53,4 (16)	23,3 (7)	23,3 (7)
Спорадические	47,9 (67)	45 (63)	7,1 (10)
V-критерий Крамера	0,23		
p-value	0,009		

Примечание. Приведена частота генотипа; в скобках – число носителей.

Выводы.

В результате проведённого исследования у пациентов с семейной шизофренией обнаружены преобладание наследования по материнской линии, более высокая частота генотипа ТТ для полиморфизма С939Т гена DRD2 (rs6275). Дальнейшее изучение молекулярно-генетических особенностей семейных форм позволит приблизиться к пониманию механизмов этиопатогенеза шизофрении.

Литература

1. Голимбет В.Е. Генетика шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2003. № 3. – С. 58-67.
2. Кудлаев М.В. Клинико-социальное исследование больных семейной шизофренией: дисс..... канд. мед. наук. – М.. 2008 – С. 5-151.
3. Сухоруков В.С. Митохондриальная патология и проблемы пато-

гене́за психических нарушений // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. Т. 108, № 6. – С. 83-90.

4. Aberrant tyrosine transport across the fibroblast membrane in patients with schizophrenia—indications of maternal inheritance? / Flyckt L, Edman G, Venizelos N, Borg K. // J Psychiatr Res. 2011. Vol. 45. P. 519-525.

5. Li X, Sundquist J, Sundquist K. Age-specific familial risks of psychotic disorders and schizophrenia: a nation-wide epidemiological study from Sweden // Schizophr Res. 2007. Vol. 97. P. 43-50.

6. Morris G, Berk M. The many roads to mitochondrial dysfunction in neuroimmune and neuropsychiatric disorders // BMC Med. 2015 Apr 1;13:68. doi: 10.1186/s12916-015-0310-y. URL: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/13/68> (date accessed: 16/02/2015).

Сведения об авторах

Колесниченко Елена Владимировна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, e-mail: elena7610@yandex.ru

Барыльник Юлия Борисовна – д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов.

Голимбет Вера Евгеньевна – д.б.н., руководитель лаборатории клинической генетики ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва.

Круглеков А.Н.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОПЕРАЦИОНАЛЬНОЙ СТОРОНЫ МЫШЛЕНИЯ

Аннотация. Статья о методах патопсихологического исследования в практической деятельности медицинского психолога

Ключевые слова: экспериментально-психологическое исследование; проективный метод; мышление; операциональная сторона мышления;

Keywords: Experimental-psychological test; projective diagnostic method; cognitive function; the operational side of cognitive function.

Целью патопсихологического исследования является выявление симптомов, определяющих синдром, характерный для того или иного заболевания. Профессиональный инструмент клинического психолога – это диагностические методы, которые возникли и использу-

ются в клинической психодиагностической практике.

В клинической психологии более органичен метод психодиагностического эксперимента и проективные методы, и менее характерны стандартизованные анкеты и опросники личности. Однако, используемая диагностическая техника – важный, но не основной отличительный признак. Главная черта клинического стиля мышления – приоритет индивидуального случая над статистикой. (Яньшин П.В., 2004)

Клинические и психометрические методы обслуживают различные диагностические задачи. Психометрический тест – это именно тест в узком смысле слова. Он должен соответствовать строгим требованиям валидности, достоверности и надежности, предъявляемым к стандартизованным процедурам измерения. Помимо прямого предсказания поведения, применение психометрической процедуры направлено на классификацию испытуемых на группы по психологическим признакам. В противоположность этому клинический диагноз основан на синтезе совокупности признаков, и его цель иная. Эта цель – выявление причин и закономерностей наблюдаемых особенностей нарушений поведения и психического состояния. Применение проективной техники – исключительная прерогатива клинического подхода (Яньшин П.В., 2004).

Проективный метод – это не тест. Это объясняет, почему большинство проективных методик возникло в результате практических клинических наблюдений и только потом стало объектом экспериментального изучения.

Концепция любого психодиагностического метода всегда включает в себя две относительно независимые группы теорий: теории объекта исследования и теории измерения. Для проективных методов к первой группе относятся различные теории личности, а ко второй – собственно теории проекции. Первые определяют структуру и специфику объекта, формируя психологический словарь того или иного исследователя. Вторые (теории измерений) определяют набор диагностически важных признаков интерпретации, а также сообщают теоретическую валидность заключению психолога. Одна из главных особенностей любой проективной методики состоит в клинической ориентации результатов исследования (Яньшин П.В., 2004).

До сих пор нет полной определенности в понимании термина «проекция». Впервые для обозначения определенной группы методов термин «проекция» в 1939 году ввел американский психолог Л. Франк. Согласно его мнению, проективные методы объединяются

взглядом на личность как на процесс организации и структурирования жизненного пространства. Аналогом жизненного пространства в проективном эксперименте выступает проективный тест. В основу объяснения феномена проекции Л. Франк кладет постоянное активное взаимодействие субъекта с окружением, характерное для гештальтпсихологии понимание единства человека и среды и гипотезу о «структурировании» личностью среды наподобие фигуры и фона. Путем проекции «личный мир» проявляется вовне, «экстериоризируется». Известным представителем психоаналитического подхода к объяснению феномена проекции является Леопольд Беллак. Согласно мнению этого специалиста, сутью диагностики конкретной личности является осознание того, что «...существует активный процесс, состоящий в изменении мира ситуаций и людей в формы, значения и ценности, которые индивид научается избирательно воспринимать, ориентируясь в обращении с ними на смысл, который они для него имеют» (Бурлачук Л.Ф., 1997).

Первое описание процесса проекции в ситуации со стимулами, допускающими их различную интерпретацию, принадлежит американскому психологу Г. Мюррею. Он рассматривает проекцию как естественную тенденцию людей действовать под влиянием своих потребностей, интересов, всей психической организации. Это первое приложение понятия проекции к психологическому исследованию.

Первоначально термин «проекция», как известно, был использован З. Фрейдом для обозначения открытого им защитного механизма. Эксперименты Л. Беллака продемонстрировали несостоятельность «узкого» определения, объясняющего феномен проекции в психодиагностике. Проекция внутренней перцепции вовне является примитивным механизмом, который влияет на наши ощущения и восприятия, принимая участие в оформлении образа внешнего мира (Бурлачук Л.Ф., 1997)

Следует указать на три наиболее общих тезиса, в отношении которых совпадают мнения всех исследователей проекции вне зависимости от более частных теоретических школ. Первый тезис – это активность субъекта в его взаимодействии с внешним миром. Второй – положение о целостности (буквально – индивидуальности) субъекта во всех его проявлениях. Третьим тезисом, тесно связанным с идеей целостности человека во всех его проявлениях, является положение о «личности» всех человеческих проявлений, какое бы содержание ни вкладывалось конкретным исследователем в понятие

«личность».

Предметом интереса современного клинического психолога является, прежде всего, «публичный образ» субъекта, определяемый стилем его влияния на окружение и его личной историей; внутренние основания его когнитивных оценок; скрытая или осознаваемая мотивация.

Проективная техника показала себя валидной в основном в изучении «фантастической жизни». Она не предсказывает реального поведения, и подобное предсказание не входит в компетенцию проективной техники. Последняя может быть использована как ценный инструмент в исследованиях эго-психологии.

Любой психометрический тест, предназначенный для предсказания будущего поведения в типичных ситуациях, основан на моделировании значимых параметров этих ситуаций в стандартной процедуре обследования. Проективная ситуация требует от испытуемого прямо противоположного: отвлечься от объективных характеристик стимульного материала (который заведомо многозначен), активизировать фантазию, воображение, ориентироваться на «свой вкус», а не на объективные параметры ситуации. Это позволяет актуализировать латентные мотивы и контролируемые в обычных условиях установки испытуемого (Собчик Л.Н., 2004).

Теоретические воззрения разных психологических школ, от психоанализа и гештальтпсихологии до эго-психологии, используются при обосновании проективного подхода, объяснении психологических механизмов проявлений личностного в процессе интерпретации стимулов. Следует считать, что механизм проецирования базируется, во-первых, на активности, личностности процесса восприятия, во-вторых, на характерном для психического уровня отражения стремлении индивидуума к снятию, разрешению неопределенности (Яньшин П.В., 2004).

Проективные тесты, по мнению специалистов патопсихологов, являются наиболее информативными в диагностике нарушений операциональной стороны мышления.

Сегодня существует множество классификаций проективных методик по разным основаниям.

Первым разработал классификацию проективных методик Л. Франк:

1) конститутивные – структурирование, оформление стимулов, придание им смысла (напр. тест Роршаха);

- 2) конструктивные – создание из оформленных деталей осмысленного целого (напр. тест Мира);
- 3) интерпретативные – истолкование какого-либо события, ситуации (напр. Тематической апперцепции тест);
- 4) катартические – осуществление игровой деятельности в специально организованных условиях (напр. Психодрама);
- 5) экспрессивные – рисование на свободную или заданную тему (напр. тест «Дом – дерево – человек»);
- 6) импрессивные – предпочтение одних стимулов (как наиболее желательных) другим (напр. тест выбора цвета Люшера);
- 7) аддитивные – завершение предложения, рассказа, истории (напр. методики Завершения предложения).

Остановимся подробнее на характеристике групп проективных методик.

1. Конститутивные. Техники, входящие в эту категорию, характеризуются ситуацией, в которой от испытуемого требуется создание некой структуры из неструктурированного материала, то есть предлагается какой-либо аморфный материал, которому необходимо придать смысл. Примерами таких методик на завершение задания могут служить: незаконченные предложения, незавершенные рисунки.

2. Конструктивные. Предлагаются оформленные детали (фигурки людей и животных, модели их жилищ и пр.), из которых нужно создать осмысленное целое и объяснить его. Примером может служить тест «Рисунок человека» или другие формы рисуночных заданий, отличные от «свободного выражения» согласно собственным склонностям.

3. Интерпретационные методы – как ясно из определения, испытуемый должен истолковать некоторый стимул, исходя из собственных соображений (ТАГ - иллюстрация этого вида методик). Испытуемому предлагаются таблицы-картины, на которых изображены относительно неопределённые ситуации, допускающие неоднозначную интерпретацию. Предполагается, что испытуемый идентифицирует себя с «героем» рассказа, что даёт возможность раскрытия внутреннего мира, его чувств, интересов и побуждений.

4. Катартические. Предлагается осуществление игровой деятельности в особо организованных условиях. Например, психодрама в виде импровизированного театрального представления позволяет субъекту не только аффективно отреагировать (игровой катарсис) – а тем самым добиться терапевтического эффекта, – но и даёт иссле-

дователю возможность обнаружить выносимые вовне конфликты, проблемы, другую личностно насыщенную продукцию. Игровые техники задействуют фантазию испытуемого, и поэтому, являются типичным примером данной категории.

5. Экспрессивные. Анализ почерка, особенностей речевого общения. Осуществление испытуемым изобразительной деятельности, рисунок на свободную или заданную тему, например, методика «Дом-дерево-человек». По рисунку делаются выводы об аффективной сфере личности, уровне психосексуального развития и других особенностях.

6. Импрессивные. Эти методики основываются на изучении результатов выбора стимулов из ряда предложенных. Испытуемый выбирает наиболее желательные, предпочитаемые им стимулы. В качестве стимулов могут выступать фактически любые объекты живой и неживой природы.

7. Аддитивные. От обследуемого требуется завершение имеющего начало предложения, рассказа или истории. Методики предназначены для диагностики разнообразных личностных переменных, от мотивов тех или иных поступков до отношения к половому воспитанию молодёжи.

Эти методики характеризует также общность формального построения и сходство в стратегии проективного эксперимента: поведении психолога-исследователя, подборе стимульного материала, постановке диагностических задач.

В литературе по психометрическим тестам и в литературе по проективным методикам можно встретить другие классификации методов.

Приведенная ниже классификация наиболее полно охватывает диапазон проективных методик.

1. Методики дополнения. Стимульный материал: набор слов-стимулов. От респондента требуется назвать слова, которые «приходят на ум» в связи с услышанным словом (ассоциативный тест К.Г. Юнга).

Набор неоконченных предложений или неоконченный рассказ, которые требуют завершения («Неоконченные предложения»).

Вопрос, на который необходимо дать определенное количество ответов («Кто Я?»).

2. Методики интерпретации. Стимульный материал - набор картинок, фотографий. От респондента требуется составить рассказ (ТАТ,

САТ) по предложенным картинкам; ответить на вопросы по предложенным ситуациям на картинках (Тест фрустрации Розенцвейга, Тест Жилия); отобразить приятные-неприятные картинки-фотографии (Тест Сонди).

3. Методики структурирования. Малоструктурированный стимульный материал (Роршах).

4. Методики изучения экспрессии (анализ почерка, особенностей речевого поведения).

5. Методики изучения продуктов творчества. Предметом интерпретации является рисунок, который рисует респондент («Дом. Дерево. Человек», «Дерево», «Человек», «Два дома», «Рисунок семьи», «Пиктограмма», «Автопортрет», «Картина мира», «Свободный рисунок», «Несуществующее животное (Бурлачук Л.Ф., 1997).

Существует трёхступенчатая схема анализа проективных техник. Краткое резюме этой трёхступенчатой классификации выглядит следующим образом: Стимулы: а) вербальный; б) визуальный; в) конкретный; г) другие модальности; Ответ: а) ассоциативный; б) интерпретативный; в) манипулятивный; г) свободный выбор; Цель: а) описание; б) диагностика; в) терапия. Особенностью данной классификации является то, что последний пункт каждой категории, выпадает из общего строя или является противоположностью другим пунктам.

Возможности проективных методик.

Современные проективные методики, с одной стороны, требуют незначительных временных затрат на проведение, с другой стороны — ориентированы на выявление глубинных переживаний и отношений. Глубинная диагностика с применением проективных методик (Сонди, Люшер и др.) предназначена для выявления скрытых или скрываемых мотивов, отношений, структуры сознания и бессознательных переживаний. Проективные методики дают возможность узнать, что человек думает и чувствует на самом деле. Методы диагностики с применением проективных методик могут использоваться для определения подлинных мотивов выбора, интересов и увлечений, отношения к себе и другим людям, ведущих жизненных ценностей, планов и представлений о будущем, содержания забот, источников страхов, проблем, вытесненных комплексов и т. д. Эти методики характеризует также общность формального построения и сходство в стратегии проективного эксперимента: поведении психолога-исследователя, подборе стимульного материала, постановке ди-

агностических задач. Принято говорить о следующих отличительных признаках проективных методик:

1) так называемая неопределенность стимульного материала или инструкции к заданию, благодаря чему испытуемый обладает относительной свободой в выборе ответа или тактики поведения;

2) деятельность испытуемого протекает в атмосфере доброжелательности и при полном отсутствии оценочного отношения со стороны экспериментатора. Этот момент, а также то, что испытуемый обычно не знает, что в его ответах диагностически значимо, приводят к максимальной проекции личности, не ограничиваемой социальными нормами оценками;

3) проективные методики измеряют не ту или иную психическую функцию, а своего рода модус личности в ее взаимоотношениях с социальным окружением.

Формальные характеристики проективных приемов, не давая оснований для однозначного соотнесения их с какой-то определенной теоретической схемой, тем не менее, обуславливают особую стратегию исследования. Прежде всего, это касается поведения экспериментатора и испытуемого: экспериментатор из нейтрального регистратора ответов испытуемого должен стать его партнером, доброжелательным и понимающим собеседником. Успех проективного исследования во многом зависит от личности экспериментатора, его умения расположить к себе испытуемого и ряда других факторов, возникающих в подобном общении. Основные принципы проективного исследования сложились в борьбе, с одной стороны, с традиционной экспериментальной психологией, «стерилизовавшей» условия эксперимента в целях достижения максимальной объективности, с другой стороны — с тестовыми психометрическими исследованиями, игнорировавшими индивидуальные особенности личности и способы достижения тех или иных результатов. В определенном смысле принцип построения проективного эксперимента близок принципу «функциональной пробы», развиваемому в отечественной психологии, согласно которому эксперимент моделирует «не только умственные операции больного, но и его личностное отношение».

Проективные методы в настоящее время распространены, их число велико и продолжает увеличиваться. Вместе с тем они продолжают оставаться излюбленной мишенью для критики. Общепринятым является мнение о недостаточной объективности проективной техники, о несоответствии многих методик требованиям, обычно предъяв-

ляемым к психодиагностическому инструментарию.

В числе их недостатков обычно видят отсутствие или неадекватность нормативных данных, что приводит к трудностям и субъективизму интерпретации индивидуальных результатов, когда психолог вынужден доверяться своему «клиническому опыту». Другой недостаток состоит в том, что в некоторых проективных методиках отсутствует объективность в определении показателей. Попытки их валидации страдают методическими недостатками либо из-за плохой контролируемости условий эксперимента, либо из-за необоснованности статистического анализа, либо из-за неверного формирования выборки. Как указывает А. Анастаси, число работ, потерпевших неудачу в доказательстве какой-либо валидности таких проективных методик, как «Нарисуй человека» и «Чернильные пятна» Роршаха, поистине впечатляет (Зейгарник Б.В., 1986).

Несмотря на отмеченные недостатки, популярность и статус проективных методик практически не меняются. В первую очередь это объясняется тем, что они, по признанию психодиагностов, в меньшей степени подвержены фальсификации со стороны испытуемого, чем опросники, и потому более пригодны для диагностики личности. Преимущество проективных методов связано с тем, что их цель обычно замаскирована, и испытуемый не может угадать способы интерпретации диагностических показателей и их связь с теми или иными проявлениями личности; поэтому он не прибегает к маскировке, искажению, защитным реакциям при обследовании.

Некоторые психологи рассматривают проективные методики как клинические инструменты, которые могут служить дополнительным качественным средством ведения диалога с обследуемым пациентом.

Напомним, что к основным мыслительным операциям относятся обобщение, отвлечение, анализ и синтез. Обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. Существует несколько уровней процесса обобщения:

- категориальный – отношение к классу на основании главных, существенных признаков;
- функциональный – отношение к классу на основании функциональных признаков;
- конкретный – отношение к классу на основании конкретных признаков;
- нулевой (нет операции) – перечисление предметов либо их функций без попытки обобщить.

При снижении уровня обобщения в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях. Вместо выделения обобщенных признаков больные используют конкретно-ситуационные сочетания, у них отмечаются трудности абстрагирования от конкретных деталей. Подобные нарушения могут быть в легкой, умеренно выраженной и выраженной степенях. Эти нарушения встречаются при олигофрении, тяжелых формах энцефалита, а также при органических поражениях головного мозга другого генеза с деменцией (Зейгарник Б.В., 1986).

Однако говорить о снижении уровня обобщения можно в том случае, если этот уровень был у человека ранее, а затем снизился, что и происходит с больными эпилепсией, органическими поражениями ЦНС, последствиями травм головного мозга. У больных олигофренией отмечается недоразвитие понятийного, абстрактного мышления, а именно процессов обобщения и отвлечения.

При искажении процесса обобщения больные руководствуются чрезмерно обобщенными признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Отмечается преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задачи. Подобные нарушения мышления встречаются у больных шизофренией.

Для исследования операциональной стороны мышления используются следующие методики:

1. Классификация. Методика представляет собой набор карточек с изображением различных предметов, растений, живых существ. Изображения могут быть заменены надписями (словесная классификация). Способность выделить две или три группы на последнем этапе свидетельствует о высоком уровне обобщения.

2. Исключение. Также существует два варианта этой методики: словесный и предметный. Последний представляет из себя набор карточек с изображением четырех предметов, три из которых имеют между собой общее и их можно объединить в одну группу, а один из них существенно отличается, он должен быть исключен. Решение испытуемого на основе конкретно-ситуационного объединения предметов в группу свидетельствует о снижении уровня обобщения. Актуализация «слабых», чрезмерно обобщенных признаков свидетельствует об искажении процесса обобщения.

3. Образование аналогий. В методике «Простые аналогии» представлены пары слов (образцы), между которыми существуют опреде-

ленные смысловые отношения. Испытуемому следует выделить пару слов по аналогии.

4. Сравнение и определение понятий. Для определения понятий нужно проанализировать множество признаков предмета или явления и выделить наиболее точное определение, то, в котором отмечается родовое и видовое различие. При сравнении предметов испытуемый использует анализ и синтез для разделения существенных признаков на общие для нескольких объектов и на различающие их. В качестве стимульного материала используют однородные понятия. Последние используются для диагностики искажения процессов обобщения.

5. Понимание переносного смысла пословиц и метафор. Можно просто предлагать испытуемому распространенные пословицы и метафоры для объяснения их переносного смысла. Используется для выявления нарушений мышления по шизофреническому типу, а также при трудностях вербализации понимаемого переносного смысла.

6. Пиктограммы. Испытуемому предлагают нарисовать несложный рисунок для запоминания названных ему 15 слов и словосочетаний. Среди них обязательно должны быть эмоционально окрашенные, абстрактные и конкретные. После выполнения задания анализируется характер смысловых связей между стимульным словом и рисунком. Смысловые связи могут быть содержательные или слабые. Способность выполнять пиктограмму свидетельствует о доступности для испытуемого обобщенной символизации слова и др.

Существует множество других методик для исследования операциональной стороны мышления, описанных в литературе, но перечисленные выше методики являются основными для исследования патологии мышления.

Литература

1. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов, Ростов-н/Д.: «Феникс», 1996. 448 с.

2. Бурлачук Л.Ф. Введение в проективную психологию. — Киев: Вист-С, 1997. — 128 с.

3. Выготский Л.С., Лурия А.Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок. — М.: Педагогика-Пресс, 1993. — 224 с.

4. Зейгарник Б.В. Патопсихология Издание 2-е, переработанное и дополненное. — М.: Издательство Московского университета, 1986. — 287 с.

5. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. - М.: Госполитиздат, 1975. - 304 с.

6. Морозов С.М. Психологическая теория деятельности: история и перспективы. Курс лекций. – М.: МГППУ; РИЦ ПиПЛ, 2007. – 126 с.
7. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М.: Медицина, 1970. - 215 с.
8. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. Изд.3-е, переработанное и дополненное. — СПб: Речь, 2003. —120 с.
9. Яньшин П. В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. – СПб: Питер, 2004. – 336 с.
10. Основные направления психологии в классических трудах. Ассоциативная психология. Эббингауз Г., Бэн А. Психология. - М., ООО «Издательство АСТ – ЛТД», 1998. - 544 с.
11. Лонгинова С. В. Исследование патологии мышления методом «пиктограмм»: Автореф. дис.канд.психол.наук: 19.00.04/ Лонгинова Светлана Вячеславовна; МГУ. – М., 1972. – 19 с.

Сведения об авторе

Круглеков Александр Николаевич – медицинский психолог ГУЗ «Саратовский ГПНД». E-mail: www.sgpend@yandex.ru

Куликова О.С.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНОГО СТИЛЯ «РИГИДНОСТЬ / ГИБКОСТЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ» И ХАРАКТЕРИСТИК СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Аннотация. Эмпирическое исследование направлено на изучение взаимосвязей когнитивного стиля «ригидность / гибкость интеллектуального контроля» и характеристик социально-психологической адаптации пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Теоретической основой исследования явилась концепция когнитивно-стилевых характеристик как обобщенных типологических особенностей восприятия и мышления, являющихся индикаторами сформированности процессов регуляции процессов обработки информации на субсознательном уровне. Особенности психологической защиты, копинг-поведения и фрустрационного реагирования рассматриваются нами как характеристики социально-психологической адаптации.

Было обследовано 80 пациентов с клиническим диагнозом «параноидная шизофрения» и длительностью заболевания от начала первого психотического эпизода до момента проведения обследования – не более 1 года. Группу сравнения составили 50 психически здоро-

вых лиц. Были использованы методы психологической диагностики: методика Дж. Струпа «Словесно-цветовая интерференция», Индекс жизненного стиля» (ИЖС), «Стратегии совладающего поведения», тест фрустрационных реакций.

Проведенное эмпирическое исследование показало, что в выборке пациентов, страдающих параноидной шизофренией, не представлены когнитивно-стилевые субгруппы «гибких и интегрированных», «ригидных и интегрированных»; а также отмечается меньшая (на уровне статистической тенденции) представленность когнитивно-стилевой субгруппы «гибких и неинтегрированных» испытуемых, что свидетельствует о наличии связанных с болезненным процессом нарушений процесса регуляции познавательной деятельности в форме сниженной интегрированности функционирования двух основных способов обработки информации.

Кроме этого, в выборке пациентов, страдающих параноидной шизофренией, наименее продуктивная когнитивно-стилевая подгруппа ригидных и неинтегрированных испытуемых обнаруживает в то же время и относительно низкие возможности социально-психологической адаптации, что проявляется большей напряженностью МПЗ «вытеснение» в сочетании с непродуктивным и чрезмерным самообвинением, переживанием чувства вины и неудовлетворенности собой. Эти особенности препятствуют сохранению преморбидного уровня социально-психологической адаптации и поэтому требуют направленной психокоррекционной работы.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, социально-психологическая адаптация, когнитивные стили.

Key words: paranoid schizophrenia, social adaptation, cognitive styles

Введение. Актуальность изучения социально-психологической адаптации при шизофрении определяется высокой распространенностью данного заболевания среди лиц молодого возраста, прогрессирующим течением болезненного процесса с постепенным формированием когнитивных и личностных изменений, снижающих преморбидный уровень социально-психологической адаптации. В научной литературе в качестве важных форм адаптационного поведения индивида рассматриваются механизмы психологической защиты и копинг-механизмы [1; 10; 11; 5]. При этом показано, что особенности защитного и совладающего со стрессом поведения при шизофрении обусловлены характерными для данного заболевания

когнитивными нарушениями [4; 6]. Проведенный нами ранее обзор литературных источников [9] показал, что фрустрационные реакции, будучи обусловлены индивидуальными особенностями когнитивного функционирования, по способу влияния на уровень и качество социально-психологической адаптации сходны с механизмами психологической защиты и стратегиями совладающего поведения. Основываясь на приведенных теоретических положениях, в рамках настоящего эмпирического исследования особенности психологической защиты, копинг-поведения и фрустрационного реагирования рассматривались как характеристики социально-психологической адаптации.

Изучение характеристик и уровня социально-психологической адаптации пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении предполагает учет специфичных изменений когнитивной сферы пациентов. В этом отношении определенный интерес представляют связанные с заболеванием изменения когнитивно-стилевых характеристик. Основываясь на структурно-уровневой концепции интеллекта [12], мы рассматриваем когнитивно-стилевые особенности пациентов, страдающих шизофренией, как компоненты структуры интеллекта, отражающие обобщенные типологические особенности восприятия и мышления и степень нарушения (снижения, ослабления) регуляции процессов обработки информации в целом.

В настоящей работе представлены результаты изучения взаимосвязи когнитивного стиля «ригидность / гибкость интеллектуального контроля» и характеристик социально-психологической адаптации пациентов, страдающих параноидной шизофренией.

Организация исследования. Было обследовано 80 пациентов (41 мужчина, 39 женщин в возрасте от 18 до 39 лет) с клиническим диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ-10) при длительности заболевания со времени начала первого психотического эпизода до момента проведения обследования – не более 1 года. Группу сравнения составили 50 психически здоровых лиц (25 мужчин, 25 женщин в возрасте в возрасте от 20 до 40 лет).

Обследование было проведено с использованием следующих психодиагностических методик: «Словесно-цветовая интерференция» [16] - для диагностики когнитивно-стилевых особенностей; «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) [2] – для диагностики преобладающих механизмов психологической защиты; «Стратегии совладающего поведения» [3] – для диагностики предпочитаемых копинг-стратегий;

тест фрустрационных реакций [15; 13; 14].

На этапе статистической обработки результатов исследования измеренные когнитивно-стилевые переменные (показатель ригидности / гибкости интеллектуального контроля и показатель или интегрированности словесно-речевых и сенсорно-перцептивных функций) отдельно для группы сравнения и экспериментальной группы были включены в процедуру кластерного анализа с целью разделения обследуемых по когнитивно-стилевым подгруппам [12]. Между выделенными в результате кластеризации когнитивно-стилевыми подгруппами была проведена оценка достоверности различий в отношении измеренных характеристик социально-психологической адаптации с использованием критерия Манна-Уитни или критерия Крускала-Уоллиса (в зависимости от количества выделенных когнитивно-стилевых подгрупп). Кроме этого, применялся критерий ϕ^* - угловое преобразование Фишера – для сопоставления группы сравнения и экспериментальной группы по частоте встречаемости изученных когнитивно-стилевых характеристик.

Результаты исследования и обсуждение результатов. Процедура кластеризации когнитивно-стилевых показателей позволила выделить в группе сравнения 3 подгруппы: «ригидные и интегрированные», «гибкие и неинтегрированные», «гибкие и интегрированные».

При этом подгруппу «ригидных и интегрированных» составили 10 человек (из них 5 мужчин); они характеризуются медленным выполнением конфликтной карты в тесте Струпа, поскольку актуализируют дополнительные умственные усилия для «разделения» своих вербальных и сенсорных реакций. В подгруппу «гибких и интегрированных» включены 17 человек (из них – 7 мужчин); для этой подгруппы характерны гибкость интеллектуального контроля и интегрированность словесно-речевого и сенсорно-перцептивного способов обработки информации. Подгруппу «гибких и неинтегрированных» (или нечувствительных к когнитивному конфликту) составили 24 человека (из них – 13 мужчин), характеризующихся быстрым выполнением конфликтной карты в методике Струпа на фоне нечувствительности к когнитивному конфликту и низкой интегрированности словесно-речевых и сенсорно-перцептивных способов обработки информации («гибкие и неинтегрированные»).

В экспериментальной группе были выделены 2 когнитивно-стилевые подгруппы: подгруппа «гибких и неинтегрированных» обследуемых и «ригидных и неинтегрированных» обследуемых. При этом

подгруппу «ригидных и неинтегрированных» составили 52 пациента (из них – 25 мужчин), характеризующихся ригидностью интеллектуального контроля и низкой интегрированностью словесно-речевого и сенсорно-перцептивного способов обработки информации. В подгруппу «гибких и неинтегрированных» (нечувствительных к когнитивному конфликту) включены 28 человек (из них – 16 мужчин), характеризующихся быстрым выполнением конфликтной карты в методике Струпа на фоне нечувствительности к когнитивному конфликту и низкой интегрированности словесно-речевых и сенсорно-перцептивных способов обработки информации.

На следующем этапе анализа результатов вычислялось значение критерия φ^* - углового преобразования Фишера для оценки достоверности различий в представленности когнитивно-стилевой подгруппы «гибких и неинтегрированных» в исследованных группах психически здоровых обследуемых и пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении. Оцениваемые различия статистически не значимы, однако можно говорить о тенденции к большей представленности когнитивно-стилевой подгруппы «гибких и неинтегрированных» среди психически здоровых лиц, по сравнению с пациентами на инициальном этапе параноидной шизофрении ($\varphi^*_{\text{эмп.}} = 1,49$; $p < 0,071$).

Согласно принятой нами концепции квадриполярной природы когнитивного стиля, максимально можно выделить 4 субгруппы для каждого когнитивно-стилевого параметра. При этом в зависимости от особенностей выборки количество выделенных субгрупп может отличаться (феномен «расщепления» полюсов когнитивных стилей) [12]. В частности, такая закономерность выявлена в исследовании И.С. Кострикиной [8], а также в работе Е.Л. Коробовой на выборке пациентов, страдающих шизофренией [7]. В нашем исследовании обсуждаемая закономерность обнаружена у пациентов, страдающих параноидной шизофренией (при длительности заболевания – не более 1 года), что проявилось в «выпадении» когнитивно-стилевых подгрупп «ригидных и интегрированных» и «гибких и интегрированных» обследуемых. При этом результаты статистического анализа позволяют говорить о тенденции к большей представленности когнитивно-стилевой подгруппы «гибких и неинтегрированных» среди психически здоровых лиц, по сравнению с пациентами, страдающими параноидной шизофренией. Выявленные различия в численности выделенных когнитивно-стилевых подгрупп среди пациентов и психически

здоровых лиц свидетельствуют о наличии связанных с болезненным процессом нарушений процесса регуляции познавательной деятельности у обследованной категории пациентов. Таким образом, при параноидной шизофрении отмечается ослабление интегрированности функционирования двух основных способов обработки информации, что отражает ослабленную регуляцию когнитивных процессов. Наши данные о распределении обследованных пациентов по отдельным полюсам когнитивного стиля «ригидный / гибкий интеллектуальный контроль» соответствуют данным Е.Л. Коробовой. Автор пишет, что о свойственной длительно болеющим (в среднем – 10,74 лет) пациентам с простой и параноидной формами шизофрении ригидности интеллектуального контроля и дезинтеграции словесно-речевых и сенсорно-перцептивных функций [7].

Далее была реализована процедура оценки достоверности различий между выделенными когнитивно-стилевыми подгруппами отдельно для группы сравнения и экспериментальной группы.

В таблице 1 показаны статистически значимые различия между когнитивно-стилевыми подгруппами, выделенными в группе сравнения по параметру ригидности / гибкости контроля.

Таблица 1. Статистически значимые различия когнитивных и личностных характеристик в когнитивно-стилевых подгруппах обследуемых группы сравнения (по параметру «ригидность / гибкость интеллектуального контроля»)

Переменные	Когнитивно-стилевые подгруппы		
	ригидные и интегрированные (n=10)	гибкие и неинтегрированные (n=23)	гибкие и интегрированные (n=17)
	M±m	M±m	M±m
МПЗ «вытеснение» (процентили)	12,22±4,94*	20,74±4,58	30,47±4,02*
Копинг-механизм «поиск социальной поддержки» (Т-баллы)	67,56±1,53*	65,61±1,16	62,71±1,76*
Общее число потребностно-настойчивых фрустрационных реакций (ΣN-P)	5,5±0,96*	8,33±0,38*	7,08±0,45
Показатель «степень агрессивности, направленной вовне (ΣE / ΣM) (тест фрустрационных реакций)	1,4±0,25	0,92±0,12*	1,44±0,21*

*M – среднее арифметическое значение; m – ошибка среднего арифметического; * - уровень значимости различий $p < 0,05$.*

Как показывает анализ таблицы 1, в группе сравнения «ригид-

ные и интегрированные» характеризуются большей активностью копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» (по сравнению с «гибкими и интегрированными»). «Гибкие и неинтегрированные» (нечувствительные к когнитивному конфликту), по сравнению с «ригидными и интегрированными», характеризуются более выраженной склонностью к потребностно-настойчивому реагированию в ситуациях фрустрации значимых потребностей. По сравнению с «гибкими и интегрированными», «гибкие и неинтегрированные» характеризуются большей склонностью к самоконтролю агрессивных импульсов.

Статистически достоверные различия между обследуемыми экспериментальной группы в зависимости от когнитивно-стилевых характеристик по параметру ригидности / гибкости интеллектуального контроля показаны в таблице 2.

Таблица 2. Статистически значимые различия когнитивных и личностных характеристик в когнитивно-стилевых подгруппах обследуемых экспериментальной группы (по параметру «ригидность / гибкость интеллектуального контроля»)

Переменные	Когнитивно-стилевые подгруппы	
	гибкие и неинтегрированные (n=28)	ригидные и неинтегрированные (n=52)
	M±m	M±m
МПЗ «вытеснение» (процентили)	43,37±3,65*	53,68±5,21*
Копинг-механизм «принятие ответственности» (Т-баллы)	59,32±1,57*	61,42±1,28*

*M – среднее арифметическое значение; m – ошибка среднего арифметического; * - уровень значимости различий $p < 0,05$.*

Приведенные в таблице 2 данные показывают, что «гибкие и неинтегрированные» (нечувствительные к когнитивному конфликту), по сравнению с «ригидными и неинтегрированными», характеризуются меньшей напряженностью МПЗ «вытеснение», а также менее частым использованием копинга «принятие ответственности». При этом в обеих подгруппах средние значения этих показателей находятся в пределах статистической нормы.

Тем не менее, можно утверждать, что среди пациентов, страдающих параноидной шизофренией, наименее продуктивная когнитивно-стилевая подгруппа ригидных и неинтегрированных испытуемых [12] обнаруживает в то же время и относительно низкие возможности социально-психологической адаптации, что проявляется большей напряженностью МПЗ «вытеснение». При этом вытеснение из сознания

ния неприемлемых и непривлекательных для личности свойств, поступков, желаний, мыслей, чувств сопровождается эмоциональным напряжением, воспринимаемым как немотивированная тревога и приводящим к, возможно, непродуктивному и чрезмерному самообвинению, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой. Эти особенности препятствуют сохранению преморбидного уровня социально-психологической адаптации и поэтому требуют направленной психокоррекционной работы.

Выводы.

1. По когнитивно-стилевому параметру «ригидный / гибкий интеллектуальный контроль» основное различие между исследованными группами проявляется в характерной для пациентов, страдающих паранойдной шизофренией, низкой интегрированности функционирования словесно-речевого и сенсорно-перцептивного способов обработки информации. Так, в группе сравнения представлены три когнитивно-стилевых подгруппы: «ригидные и интегрированные», «гибкие и неинтегрированные» (нечувствительные к когнитивному конфликту), «гибкие и интегрированные». В экспериментальной группе выделены две подгруппы: «гибкие и неинтегрированные» и «ригидные и неинтегрированные». При этом методами статистического анализа выявлена тенденция к большей представленности когнитивно-стилевой подгруппы «гибких и неинтегрированных» (нечувствительных к когнитивному конфликту) среди психически здоровых обследуемых, по сравнению с пациентами на инициальном этапе параноидной шизофрении. Эти различия в численности выделенных когнитивно-стилевых подгрупп среди пациентов и психически здоровых лиц свидетельствуют о наличии связанных с болезненным процессом нарушений регуляции познавательной деятельности в форме ослабления у обследованной категории пациентов интегрированного функционирования различных способов обработки информации.

2. При параноидной шизофрении наименее продуктивная когнитивно-стилевая подгруппа ригидных и неинтегрированных испытуемых обнаруживает в то же время и относительно низкие возможности социально-психологической адаптации, что проявляется большей напряженностью МПЗ «вытеснение» и большей выраженностью копинг-стратегии «принятие ответственности», что препятствуют сохранению преморбидного уровня социально-психологической адаптации и поэтому требуют направленной психокоррекционной работы.

Литература

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. - Л.: Наука, 1988. - 270 с.
2. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова. - СПб.: Издательство: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. - 50 с.
3. Вассерман Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (пособие для врачей и медицинских психологов) / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова, М.Ю. Новожилова, А.Я. Вукс. - СПб.: Издательство: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. - 38 с.
4. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Исаева Елена Рудольфовна. - СПб., 1999. - 147 с.
5. Исаева Е.Р. Механизмы психологической адаптации личности: современные подходы к исследованию копинга и психологической защиты / Е.Р. Исаева // Вестник СПбГУ сер. 12. - 2008. - Вып. 2. - С.40-46.
6. Исаева Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: диссертация ... доктора психологических наук: 19.00.04 / Исаева Елена Рудольфовна. - СПб., 2010. - 367 с.
7. Коробова Е.Л. Когнитивные стили у больных шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Коробова Елена Леонидовна. - СПб., 2007. - 253 с.
8. Кострикина И.С. Соотношение стилевых и продуктивных характеристик интеллектуальной деятельности у лиц с высокими значениями IQ: диссертация ... кандидата психологических наук: 19.00.01 / Кострикина Ирина Станиславовна. - М., 2001. - 207 с.
9. Куликова О.С. Психологические факторы социальной адаптации больных параноидной шизофренией на инициальном этапе заболевания: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Куликова Ольга Сергеевна. - СПб., 2015. - 349 с.
10. Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) / А.А. Налчаджян; отв. ред. Э.А. Александрян; АН АрмССР. Ин-т философии и права. - Ер.: Изд-во АН АрмССР, 1988. - 263с.
11. Реан А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика / А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов. - СПб.: Прайм - Евронек, 2006. - 479 с.
12. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. / М.А. Холодная. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2004. - 384 с.
13. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций. Методические рекомендации // Сост. Н.В. Тара-

брина; Ред. Б.Д. Карвасарский. - Л: НИИ им. В.М. Бехтерева, 1984. - 24с.

14. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности / П.В. Яньшин. - СПб.: Питер, 2004. - 336 с.

15. Rosenzweig S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration / S. Rosenzweig // Journal of Personality. - September 1945. - Volume 14. - Issue 1. - P 3-23.

16. Stroop J.R. Studies of interference in serial verbal reactions / J.R. Stroop // Journal of Experimental Psychology: General. - Mar 1992. - Volume 121. - Issue 1. - P. 15-23.

Сведения об авторе

Куликова Ольга Сергеевна – кандидат психологических наук, ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ. E-mail: ol.klkv@mail.ru

Ледванова Т.Ю., Шохина Ю.Ю., Козина И.Е.

АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ И ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У ЖЕНЩИН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ КОРРЕКЦИЮ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

Аннотация. В современном обществе стремление следовать ложным идеалам физической привлекательности вынуждает женщин разных возрастов прибегать к различным методам ее достижения. Самым популярным в настоящее время является косметология и эстетическая хирургия. Актуальным остается вопрос о причинах и механизмах развития стремления использовать инвазивные процедуры. Многие авторы объясняют обращение к эстетической хирургии социально-психологическими проблемами, в частности развертыванием внутриличностного конфликта экзистенциального характера и высоким уровнем тревожности, связанного с наступлением определенного возраста. Исследование особенностей структуры личностных особенностей, ценностных и смысловых ориентаций и взаимосвязи с уровнем конфликтности в ценностях у женщин, осуществляющих коррекцию возрастных изменений кожи необходимо для выстраивания патогенетически корректных психотерапевтических программ.

Ключевые слова: акцентуации личности, ценностные ориентации, женщины, коррекция возрастных изменений кожи.

Keywords: accentuation personality, valuable orientations, woman, correction of age changes of skin

Введение. Значимым фактором социально-психологической адаптации в современном мире является внешность. Стремление следовать определенным шаблонам часто приводит к решению устранить мнимые или реально существующие дефекты внешности. Тенденция к устранению дефектов внешности может доходить в крайней своей степени до развития психологической зависимости от косметологических процедур [8,7].

Клиническая практика показывает, что устранение косметической проблемы меняет эмоциональное состояние и социальную адаптацию личности [5,11; 11,1]. Неудовлетворенность своей внешностью является причиной хронического стрессового состояния [4,4; 2,1; 7,1]. Косметические дефекты кожи приводят к развитию психосоматических и психогенных нервно-психических расстройств, социальной дезадаптации личности [3,17; 6,5-11].

Женщина способна к эффективной самореализации только в сущностных сторонах жизни. К целостности личности она приходит при сущностной форме жизни, когда любовь, привязанности, глубокие непреходящие интересы начинают определять ее основное содержание. Низкая самореализация в этих сферах приводит к экзистенциальному конфликту.

С возрастом у женщины происходит системная переоценка и переосмысление жизни, переживание экзистенциального кризиса. Этот кризис сохраняет личностную целостность или дестабилизирует жизнь. Кризис, переживаемый женщиной – это внутриличностный конфликт и серьезная психологическая проблема, порождающую потребность в поиске эффективных стратегий и способов совладания с ней. Женщинам переходного возраста (30-35 лет), переживающим экзистенциальный кризис, свойственно в трудных и стрессовых жизненных ситуациях использовать совладающие стратегии поведения: эмоционально-ориентированный копинг, избегание и отвлечение [4,22]. Использование женщиной, переживающей экзистенциальный кризис, условно непродуктивных и неадекватных способов совладания не позволяет ей самостоятельно эффективно справляться с трудностями и усугубляет негативные проявления возрастного кризиса. Тревожность, фрустрация, и ригидность молодых женщин, переживающих экзистенциальный кризис, выражена на высоком уровне [10,1-10].

Целями настоящего исследования являются: изучение особенностей и взаимосвязи элементов непричинной детерминации

самореализации женщин, осуществляющих коррекцию возрастных изменений кожи, а также исследование связи особенностей и взаимосвязи ценностных и смысловых ориентаций с внутрилличностным конфликтом и уровнем невротизации.

Значимость исследования психологических характеристик косметологического лечения определена ее ролью и местом в сфере социальных потребностей, взаимосвязью с ценностными ориентациями личности. Если в отношении психологических характеристик больных с хроническими заболеваниями кожи, обращающихся к пластическим хирургам, существует ряд фундаментальных работ [1,1], то психологический статус пациентов косметологических клиник практически не изучен.

Материалы и методы исследования. Женщины, прибегающие к коррекции возрастных изменений кожи – экспериментальная группа исследования. В исследовании участвовали 54 женщины (возраст 25-60 лет). Средний возраст обследуемых в данной группе – $37\pm 3,57$ лет. Критериями выбора испытуемых являлись осуществление косметических процедур по коррекции возрастных изменений кожи и отсутствие психической и невротической патологии. Контрольную группу составили 26 женщин, ранее не использовавших инвазивные методы коррекции кожи. Средний возраст в данной группе – $35\pm 0,76$ лет. Критериями выбора испытуемых являлись отсутствие мотивации к коррекции возрастных изменений кожи и отсутствие психической и невротической патологий.

Проводились экспериментально-психологические исследования с использованием прямых, опосредованных и косвенных методов исследования ценностных ориентаций. Изучение когнитивного компонента самосознания проводилось с помощью характерологического опросника К. Леонгарда - Г. Шмишека с целью диагностики акцентуаций характера и темперамента; индивидуально-типологического опросника Л.Н. Собчик с целью исследования индивидуально-типологических свойств личности. Эмоционально-ценностные составляющие самосознания исследовались с использованием методики Шварца с целью изучения особенностей ценностных ориентаций и теста «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева с целью оценки смысла жизни. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты исследования. Сравнительный анализ возрастных характеристик 2 групп показал: женщины в возрасте от 25 до 30 лет

реже прибегают к коррекции возрастных изменений кожи, чем женщины в возрасте от 30 до 40 лет. Женщины в возрасте от 25 до 30 лет обеспокоены весом, телесными формами и производимым на окружающих впечатлением. В возрасте за 30 лет возникает тревога по поводу заметных признаков старения. С возрастом место внешности в структуре ценностей меняется и основными ориентирами становится семья, поэтому в возрастном диапазоне 50-60 лет показатели использования косметологических процедур низки.

Анализ результатов теста Шмишека-Леонгарда показал, что исследуемые группы отличаются степенью выраженности и типом акцентуации. В экспериментальной группе преобладают женщины с тенденциями к акцентуациям темперамента (64,28% - 18 женщин). В контрольной группе преобладают женщины с признаками акцентуаций темперамента (84,61% - 22 женщины).

В экспериментальной группе преобладают признаки экзальтированного и эмотивного типа акцентуаций. Выражены тенденции к застревающему, возбудимому, гипертимическому типу акцентуации. Слабо выражены признаки демонстративного, педантичного, дистимического, тревожного типа акцентуации (табл. 1).

Таблица 1. Степень выраженности акцентуаций в экспериментальной группе

Тип акцентуации	Слабо выраженные признаки	Тенденция к акцентуации	Признаки акцентуации
Демонстративный	64,29%	35,71%	0%
Застревающий	28,57%	71,43%	0%
Педантичный	64,29%	35,71%	0%
Возбудимый	42,85%	50,00%	7%
Гипертимический	35,71%	50,00%	14,28%
Дистимический	85,71%	14,29%	0%
Тревожный	71,43%	21,43%	7,14%
Циклотимный	50,00%	28,57%	21,43%
Экзальтированный	28,57%	28,57%	42,86%
Эмотивный	7,14%	42,86%	49,98%

В контрольной группе преобладают признаки гипертимического, тревожного и эмотивного типа акцентуаций. Выражены тенденции к застревающему и экзальтированному типу акцентуаций. Слабо выражены признаки дистимического, возбудимого, педантичного, демонстративного типа акцентуаций (табл. 2).

Таблица 2. Степень выраженности акцентуаций в контрольной группе

Тип акцентуации	Слабо выраженные признаки	Тенденция к акцентуации	Признаки акцентуации
Демонстративный	46,15%	53,85%	0%
Застревающий	30,77%	69,23%	0%
Педантичный	53,85%	46,15%	0%
Возбудимый	69,23%	30,77%	0%
Гипертимический	30,77%	23,07%	46,15%
Дистимический	100%	0%	0%
Тревожный	23,08%	30,77%	46,15%
Циклотимный	30,77%	53,85%	15,38%
Экзальтированный	15,39%	61,54%	23,07%
Эмотивный	0%	53,85%	46,15%

Изучение основных свойств личности проводилось с использованием индивидуального типологического опросника Собчик Л.Н. Все полученные результаты являются достоверными. По результатам сравнительного анализа: у 84,62% участников контрольной группы выявлено состояние эмоциональной напряженности и нарушения адаптационного процесса. Процент участников экспериментальной группы с состоянием эмоциональной напряженности и нарушений адаптационного процесса значительно ниже - 57,14%.

В экспериментальной группе избыточно выраженных свойств личности нет. Умеренно выражены сензитивность, экстраверсия, агрессивность, ригидность, тревожность, лабильность. В пределах нормы выражена интроверсия.

В контрольной группе избыточно выражены экстраверсия, сензитивность. Умеренно выражены ригидность, интроверсия, лабильность, тревожность, агрессивность. В пределах нормы выражена спонтанность. Различия экспериментальной и контрольной групп проявились типом поведения и структурой эмоциональных реакций (табл. 3).

Таблица 3. Выраженность свойств личности у участников исследования

Свойства личности	Норма		Умеренная выраженность		Избыточная выраженность	
	Эксперим. гр.	Контр. гр.	Эксперим. гр.	Контр. гр.	Эксперим. гр.	Контр. гр.
Экстраверсия	21,43%	38,46%	71,43%	23,08%	7,14%	38,46%
Спонтанность	35,71%	69,23%	57,14%	23,08%	7,15%	7,69%
Агрессивность	35,71%	38,46%	64,29%	61,54%	0%	0%

Ригидность	21,43%	0%	71,43%	76,92%	7,14%	23,08%
Интроверсия	50%	15,38%	28,57%	76,92%	21,43%	7,70%
Сензитивность	21,43%	23,07%	42,86%	30,76%	35,71%	46,71%
Тревожность	28,57%	30,77%	57,14%	69,23%	14,29%	0%
Лабильность	14,29%	15,38%	71,43%	76,92%	14,28%	7,70%

При исследовании смысловых и жизненных ориентаций были получены следующие результаты: для большинства женщин в экспериментальной группе характерен высокий уровень целеустремленности (64,29%). В контрольной группе преобладает средний уровень целеустремленности (63,64%).

По шкале «процесс жизни»: в экспериментальной группе эмоциональная насыщенность жизни выражена на среднем уровне (57,14%). В контрольной группе эмоциональная насыщенность выражена на среднем уровне (73,73%).

В экспериментальной группе по шкале «результативность жизни» показатели среднего и высокого уровня выражены одинаково (50%). В контрольной группе преобладает средний уровень удовлетворенности самореализацией (90%).

В экспериментальной группе показатели локус контроля – Я выражены на высоком уровне (64,29%). В контрольной группе показатели локус контроля – Я выражены на среднем уровне (81,82%).

В экспериментальной группе показатели локус контроля – жизнь выражены на среднем уровне (64,29%). В контрольной группе показатели локус контроля – жизнь выражены на среднем уровне (72,73%).

Общий показатель смысловых и жизненных ориентаций в экспериментальной группе преобладает на высоком уровне (57,14%). В контрольной группе общий показатель выражен на среднем уровне (63,64%).

Низкий уровень смысловых и жизненных ориентаций в обеих группах не был выявлен (табл. 4).

Таблица 4. Общий профиль смысловых и жизненных ориентаций

Шкалы профиля	Экспериментальная группа			Контрольная группа		
	Низкий уровень	Средн. уровень	Высок. уровень	Низкий уровень	Средн. уровень	Высок. уровень
Цели в жизни	0%	35,71%	64,29%	0%	63,64%	36,36%
Процесс жизни	0%	57,14%	42,86%	0%	73,73%	27,27%
Результативность	0%	50,00%	50,00%	0%	90,01%	9,09%
Локус контроля – Я	0%	35,71%	64,29%	0%	81,82%	18,18%

Локус контроля – жизнь	0%	64,29%	35,71%	0%	72,73%	27,27%
Общий показатель ОЖ	0%	42,86%	57,14%	0%	63,64%	36,36%

По результатам исследования ценностных ориентаций было выявлено, что в экспериментальной группе на уровне нормативных идеалов ценностями высокой значимости стали «Универсализм», «Безопасность», «Доброта». На уровне индивидуальных приоритетов важными ценностями оказались «Достижения», «Универсализм», «Традиции». В количественном выражении значимости ценностей на уровне нормативных идеалов и индивидуальных приоритетов последние места заняли «Стимуляция», «Гедонизм». Женщины этой группы больше нуждаются в самостоятельности, безопасности и доброте, чем получают в результате социальной активности. Внутренне нуждаются в достижении менее, чем демонстрируют в своем поведении.

В системе ценностных ориентаций у женщин экспериментальной группы выявлен внутриличностный конфликт между «Самотрансцендентностью» и «Самовозвышением», «Самовозвышением» и «Консерватизмом», «Самотрансцендентностью» и «Консерватизмом».

В контрольной группе на уровне нормативных идеалов ценностями высокой значимости стали «Универсализм», «Традиции», «Достижения». На уровне индивидуальных приоритетов важными ценностями стали «Традиции», «Доброта», «Безопасность». В количественном выражении значимости ценностей на уровне нормативных идеалов последние места заняли «Стимуляция», «Доброта», на уровне индивидуальных приоритетов – «Гедонизм», «Власть». Женщины контрольной группы внутренне больше нуждаются в достижении и универсализме, чем проявляют в поведении. Менее нуждаются в доброте, самостоятельности, стимуляции и безопасности, чем получают в результате социальной активности.

В системе ценностных ориентаций у женщин контрольной группы выявлен внутриличностный конфликт между «Самотрансцендентностью» и «Самовозвышением», «Самотрансцендентностью» и «Консерватизмом» (табл. 6).

Таблица 6. Среднее ранжирование ценностей у женщин

Ценности	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Нормативные идеалы	Индивидуальные приоритеты	Нормативные идеалы	Индивидуальные приоритеты
Конформность	16,88	13,38	13	16,67
Традиции	18,88	16,25	17,5	34,33
Доброта	24,12	12,5	9	25,33
Универсализм	32,63	17,13	30,33	18,17
Самостоятельность	22,25	11,38	11,83	21,17
Стимуляция	9	8,25	8,33	20,83
Гедонизм	9,88	10	12	8,5
Достижения	16,75	34,87	15,5	13,33
Власть	13,62	11	13,67	11,83
Безопасность	27,88	13,63	13,33	23,33

При исследовании уровня конфликтности ценностей было выявлено, что в обеих группах преобладает высокий уровень конфликтности. В процентном соотношении показатели конфликтности на разных уровнях выраженности примерно равны в обеих группах (табл. 7).

Таблица 7. Уровень конфликтности в ценностях

Уровень конфликтности	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Низкий уровень	29%	30,79%
Средний уровень	18%	15,38%
Высокий уровень	53%	46,17%

Выводы. Наиболее часто осуществляют коррекцию возрастных изменений кожи женщины в возрасте 30-40 лет. В возрасте за 30 лет инициируются опасения по поводу заметных признаков старения.

У женщин, осуществляющих коррекцию возрастных изменений кожи, преобладают признаки экзальтированного и эмотивного типа акцентуаций с тенденцией к застревающему типу. Признаки тревожности выражены слабо, в отличие от женщин, никогда не совершавших процедуры по коррекции кожи.

При исследовании основных свойств личности было выявлено состояние эмоциональной напряженности и нарушения адаптационного процесса у подавляющего большинства женщин, никогда не обращавшихся к процедурам по коррекции возрастных изменений кожи. Количество женщин, осуществивших коррекцию возрастных

изменений кожи, имеющих состояние эмоциональной напряженности и нарушений адаптационного процесса значительно ниже.

В группе женщин, совершавших коррекцию возрастных изменений кожи, избыточно выраженных свойств личности нет. Умеренно выражены сензитивность, экстраверсия, агрессивность, ригидность, тревожность, лабильность. В пределах нормы выражена интроверсия. В группе женщин, никогда не проводивших коррекцию возрастных изменений кожи, избыточно выражены экстраверсия, сензитивность. Умеренно выражены ригидность, интроверсия, лабильность, тревожность, агрессивность. В пределах нормы выявлена спонтанность.

При исследовании смысловых и жизненных ориентаций не было выявлено низкого уровня осмысленности жизни ни у одной женщины. У женщин с коррекцией возрастных изменений кожи в прошлом, показатель осмысленности жизни выражен выше по сравнению с женщинами, никогда не проводившими инвазивных процедур коррекции кожи. Самые высокие показатели у женщин, совершавших коррекцию кожи, по шкалам целеустремленности и локус контроля – Я.

В обеих группах высок уровень конфликтности в системе ценностей. Различия выявились в структуре внутриличностного конфликта: женщины, проводившие коррекцию возрастных изменений кожи, больше нуждаются в безопасности и доброте, чем получают в результате социальной активности. Внутренне нуждаются в достижении менее, чем демонстрируют в своем поведении.

Женщины, никогда не прибегавшие к инвазивным методам коррекции кожи внутренне больше нуждаются в достижении, чем проявляют в поведении. Менее нуждаются в доброте и безопасности, чем получают в результате социальной активности.

Исследование особенностей структуры ценностных и смысловых ориентаций и взаимосвязи с уровнем конфликтности в ценностях у женщин, осуществляющих коррекцию возрастных изменений кожи необходимо для выстраивания патогенетически корректных психотерапевтических программ.

Литература

1. Александров А.А., Багненко Е.С. – Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41. – С.52-66.
2. Алексеева А.Н. Влияние самооценки на способ разрешения кон-

фликтной ситуации. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Л., 1983.

3. Анисимова О. М. – Самооценка в структуре личности студента: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1984. – 17 с.

4. Багненко Е.С. Психологические характеристики женщин с косметологическими проблемами и их динамика в процессе лечебной коррекции. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – СПб, 2012.

5. Беловол А.Н., Ткаченко С.Г. К вопросу об оценке эффективности косметологического лечения // Современные проблемы дерматовенерологии, косметология и управление охраной здоровья : сборник научных трудов - 2014. – Вып. 11. – С. 98–108. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/6552>

6. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. Пер. с англ. – М.: «Прогресс», 1986. – с. 30-66. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://psyberlink.flogiston.ru/internet/bits/burns0.htm>

7. Галажинский, Э.В. Системная детерминация самореализации личности: диссертация ... доктора психологических наук – Томск, 2002 – 320 с.

8. Сац Е.А. – Особенности самосознания женщин, недовольных собственной внешностью. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – М, 2015.

9. Сац Е.А., Слободчиков И.М. – Особенности самосознания у женщин-клиентов косметологических услуг // Современные проблемы науки и образования – 2015 - № 1-1. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-samosoznaniya-u-zhenschin-klientov-kosmetologicheskikh-uslug>

10. Тенн О.Р. Стратегии совладающего поведения женщин переходного возраста, переживающих экзистенциальный кризис. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – М, 2010.

11. Шакула А. В., Васильева Е. С., Вергун Е. Э., Бадретдинова Л. М. – Исследование динамики психоэмоционального состояния женщин при коррекции возрастных изменений кожи лица с использованием ультрафореза лонгидазы // Медицинский вестник Башкортостана – 2011 - №5 т. 6 – С 101-103.

Сведения об авторах

Ледванова Татьяна Юрьевна - к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России. E-mail: ledvanovatu@gmail.com

Шохина Юлия Юрьевна - клинический ординатор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГ-

БОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России.

Козина Ирина Евгеньевна - специалист-косметик Центра красоты Елены Фроловой.

**Мамедова М.З., Колесниченко Е.В., Абросимова Ю.С.,
Пахомова С.А., Самойлова Д.Д.**

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ СТУДЕНТОВ

Аннотация. Были исследованы особенности мышления систематически употребляющих алкоголь студентов. Обнаружено, что у студентов, злоупотребляющих алкоголем, патопсихологическими особенностями мышления являются снижение способности к обобщению и сравнительно низкий уровень понятийного мышления.

Ключевые слова: алкоголь, мышление, студенты.

Исследователи здоровья студентов отмечают, что именно употребление алкоголя является самой распространенной вредной привычкой среди студентов [6]. Наибольшей популярностью среди студентов, употребляющих алкоголь, пользуется пиво [3]. Алкоголь обуславливает нарушения функционирования различных биохимических и физиологических процессов, оказывает повреждающее воздействие на мембраны клеток мозга и образование в ткани мозга алкалоидов с морфиноподобным действием, тормозит синтез РНК и белков мозга, изменяет функциональную активность нейромедиаторных систем мозга [2]. Известно, что употребление алкоголя негативным образом сказывается на мыслительных процессах, провоцируя дефицит абстрактного мышления и трудности разрешения зрительно-пространственных задач [7, 8].

Цель: Исследовать патопсихологические особенности мышления употребляющих алкоголь студентов.

Материалы и методы: Было обследовано 94 студента Саратовского государственного медицинского университета (28 юношей, 66 девушек; средний возраст – $21,7 \pm 0,85$ лет). Для определения склонности к злоупотреблению алкоголем был использован скрининг-тест алкогольной зависимости CAGE. Применение вопросника CAGE позволяет диагностировать факт злоупотребления алкоголем. Даже при одном положительном ответе диагностическая ценность теста CAGE

составляет 62%. Это простой, чувствительный и специфичный скрининг-тест для выявления злоупотребления алкоголем [1]. Из 94 опрошенных студентов у 50 человек (10 юношей, 40 девушек) оценка по тесту CAGE составила 0 баллов. Эти студенты вошли в группу контроля. В основную группу были отнесены студенты, получившие от 1 до 4 баллов по тесту CAGE (44 студента, из них 18 юношей, 26 девушек).

Для диагностики мыслительных процессов были применены патопсихологические методики «Выделение существенных признаков» и «Обобщения-2010. Форма А» [4, 5]. Достоверность различий процентного распределения значений между сравниваемыми группами оценивали с помощью критерия углового преобразования Фишера ($\phi^* \text{эмп}$). Для сравнения двух выборок между собой использовали подсчет U критерия Манна-Уитни ($U_{\text{емп}}$) с помощью сервиса <http://math.semestr.ru>. Критическое значение уровня статистической значимости (p) при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05. Для всех количественных признаков в сравниваемых группах производилась оценка средних арифметических и среднеквадратических (стандартных) ошибок среднего. Эти дескриптивные статистики в тексте представлены как $M \pm m$, где M – среднее, а m – ошибка среднего.

Результаты. По результатам оценки с помощью теста CAGE 3 человека положительно ответили только на 1 вопрос (1 юноша, 2 девушки), 24 студента получили 2 балла (9 юношей, 15 девушек), 15 человек получили 3 балла (7 юношей, 8 девушек), 2 студента получили по 4 балла (1 юноша, 1 девушка).

По результатам проведения методики «Выделение существенных признаков» среднее арифметическое значение итогового балла в основной группе составило $1,3 \pm 1,4$, а в контрольной группе – $1,6 \pm 1,8$. Различия между группами не достигали уровня статистической значимости ($U_{\text{емп}} = 1,089$; $p > 0,05$).

На следующем этапе сравнивали успешность выполнения методики «Обобщения-2010. Форма А» в основной и контрольной группах. Методика «Обобщения-2010. Форма А» предназначена для выявления способности испытуемого обобщать, уровня его понятийного мышления. Умение находить общее в предметах и разного рода явлениях, умение выражать найденное общее в виде конкретного понятия являются одними из важнейших операций абстрактно-логического мышления. Люди с хорошо развитыми способностями к

обобщению и высоким уровнем понятийного мышления обладают преимуществами в выражении своих мыслей, точной формулировке актуальных проблем, письменной и устной речевой грамотности, способны как бы подниматься над проблемами и видеть основную суть («ядро») проблем, при чтении быстрее улавливают суть написанного и основные мысли автора.

Среднее значение итогового балла по методике «Обобщения-2010. Форма А» в группе студентов, употребляющих алкоголь, составило $24,5 \pm 3,8$, в контрольной группе – $28,08 \pm 3,9$. Различия в уровнях выборок было несущественным ($U_{\text{емп}} = 549,5$; $p > 0,05$). Тем не менее, процентное соотношение студентов с высокой результативностью прохождения теста «Обобщения-2010. Форма А» заметно различалось между исследуемыми группами. В основной группе только 1 студент (2,3%) продемонстрировал высокий итоговый показатель, тогда как в контрольной группе 7 студентов выказали высокий уровень способности к обобщению (14%). Различия между группами достигали уровня статистической значимости ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.24$; $p < 0,05$). Т.о., систематическое употребление алкоголя даже на ранних этапах формирования алкогольной зависимости приводит к снижению способности к обобщению и уровня понятийного мышления.

Выводы. У студентов, злоупотребляющих алкоголем, патопсихологическими особенностями мышления являются снижение способности к обобщению и сравнительно низкий уровень понятийного мышления.

Литература

1. Бочкарева Т.И. Пивной алкоголизм: характеристика, причины, диагностика: Методическое пособие. Самара, 2008. 48 с.
2. Востриков В.В. Методы диагностики алкогольной зависимости / Востриков В.В., Зеленцов К.Е., Майорова О.В., Востриков М.В., Павленко В.П., Шабанов П.Д. // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2008. – Т. 6. № 4. – С. 26-52.
3. Журавлева И.В. Здоровье студентов: социологический анализ. – М.: Институт социологии РАН. – 2012 – 252 с.
4. Методика «Выделение существенных признаков» [Электронный ресурс] // А. Я. Психология (azps.ru) : [web-сайт]. 16.11.2016. – Режим доступа: http://azps.ru/tests/tests3_sushp.html
53. Психодиагностическая методика «Обобщения-2010. Форма А» [Электронный ресурс] // А. Я. Психология (azps.ru) : [web-сайт]. 16.11.2016. – Режим доступа: <http://azps.ru/tests/kit/general10a.html> (16.11.2016).

6. Цатурова К.Н., Слюняева М.К., Колесниченко Е.В. Скрининг проблемного употребления алкоголя среди студентов медицинского вуза // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т. 5. № 2. – С. 134-137.

7. Шабанов П. Д. Основы наркологии. – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.

8. Шабанов П. Д., Гриненко А. Я., Калишевич С. Ю. Использование препаратов группы ноотропов для лечения нарушений памяти при хроническом алкоголизме // Клин. мед. – 1988. – Т. 66, № 9. – С. 114–116.

Сведения об авторах

Мамедова Мария Закировна – студентка 5 курса ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов;

Колесниченко Елена Владимировна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, e-mail: elena7610@yandex.ru;

Абросимова Юлия Сергеевна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов;

Пахомова Светлана Александровна – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов;

Самойлова Дарья Дмитриевна – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов.

Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

ВЛЕЧЕНИЕ (ОРГАНИЗМ) – ПОВЕДЕНИЕ – СОЗНАНИЕ (ЛИЧНОСТЬ) КАК «НОВАЯ» ПАРАДИГМА НАРКОЛОГИИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Аннотация. В статье обсуждаются теоретические и практические проблемы новой парадигмы в наркологии – аддиктологии. Приводятся собственные исследования как возможность для «новой» парадигмы в комплексе «влечение (организм) – поведение – сознание (личность)» в процессе медицинского освидетельствования алкогольного опьянения. На основе клинико-этологического подхода анализируется невербальное поведение (мимика – жест – поза), анозогнозия

опьянения. Рассматривается аддиктология как постмодернизм в наркологии.

Ключевые слова: влечение, поведение, сознание, наркология, аддиктология.

Keywords: attraction, behavior, consciousness, addiction medicine, addictologie

Во второй половине XX века мировая психиатрия, а с ней и отечественная, вольно или невольно вступили в философию постмодернизма¹ и появления историографии психиатрии (М. Фуко, Р. Кастель, М. Гоше, Г. Свэн) [1]. Ярким примером является антипсихиатрическое движение, особенно политизированное в России в конце XX века и перекочевавшее в новый век в виде стигматизации и дискриминации как пациентов и их родственников, так и собственно психиатрии как науки и ее представителей (преимущественно во многочисленных СМИ). Не остались в стороне от влияния постмодернизма и классификационные теории психиатрии (вопиющим примером является понятие «Расстройства шизофренического спектра»), особенно в современную эру нейронаук, приводящие к попыткам размывания психиатрии как самостоятельной медицинской науки. Наиболее ярко эти тенденции проявляются в работах «возмутителя спокойствия» отечественной наркологии профессора В.Д. Менделевича². Дискуссия разворачивается преимущественно вокруг понятий (определений) – аддиктивное влечение, аддиктивное поведение, аддиктивная личность и аддиктология как отдельная дисциплина (метанаука, специальность) вне или внутри психиатрии и наркологии.

Странные метаморфозы происходят и в отечественной науке о поведении. Став родоначальниками новой науки рефлексологии (или этологии – науки о поведении, бихевиоризма) в конце XIX–начале XX века русские исследователи И.М.Сеченов, В.М.Бехтерев, И.П.Павлов в последующем практически потеряли интерес к поведе-

¹ По мнению В.А. Канке, философия науки второй половины XX в. развивалась по пути структурализм – постструктурализм – постмодернизм [3;4].

² В.Д. Менделевич выпустил серию дискуссионных статей по основным синдромам наркологии как раздела психиатрии [12-17], а в конце 2016 г. провел конференцию «Современная психиатрия: постмодернистские тенденции и перспективы развития» (Казань, 09.12.2016 г.), где определил свою философскую позицию (интерес) в психиатрии и ее в разделе наркология (где в качестве спонсора конференции указан журнал «Психопатология и аддиктивная медицина»). По существу, был поставлен основной вопрос – философско-методологический подход в рамках философии науки, как направление будущего развития отечественной психиатрии и наркологии [9;10;16;21-23].

нию, и вновь он стал возрождаться только в 80-е годы XX века, в том числе в психиатрии. «Вся методическая база, а также фактические исследования в области этологической психиатрии в основном были созданы в содружестве крымских психиатров и антропологов МГУ с 1985 по 1996 гг.» [27, с.28-29], и развитие А.Н. Корнетовым [5] и В.П. Самохваловым направление [27-29] позволило говорить о клинико-этологическом методе в психиатрии [6;27-29]. Это не помешало отечественному психологу М.Г.Ярошевскому в монографии «Наука о поведении: русский путь» (1996), с одной стороны, назвать ее репрессивной наукой, а с другой – предложить системный подход к изучению поведения – «организм – поведение – сознание», не отразив современного состояния этологии [32].

Следует отметить, что в МКБ-10 в разделе F «Классификации психических и поведенческих расстройств», комментаторы клинических описаний и указаний по диагностике раздела уклоняются от определения поведения [11].

Наш невольный оппонент полагает: «Особую значимость приобретает процесс психопатологизации поведенческих девиаций, в частности, физиологически обусловленных расстройств волевой регуляции... Главный вопрос... признавать ли поведенческие расстройства частью психических (психопатологических) или они являются отличными друг от друга патологическими психическими явлениями?» [16,55].

«Принципиально важным для понимания сути наркологических расстройств... является вопрос о том, рассматривать ли эти расстройства как психопатологические (психотические) или как аддиктивные (аномально-мотивационные и поведенческие)? При этом немаловажным оказывается понимание, какие поведенческие расстройства доминируют к клинической картине наркологического (аддиктивного) заболевания – первичные, вторичные или третичные? К первичным, с нашей точки зрения, следует причислять поведенческие нарушения, возникающие вследствие и на базе личностных девиаций и расстройств, ко вторичным те, которые формируются вследствие патофизиологических изменений, отражающих патогенез заболевания, а к третичным – отклонения, имеющие в своей основе вынужденно приобретенные в ходе болезни условно патологические формы адаптации» [13; 9-10].

Введение учебника «Психиатрия» (2017) начинается фразой: «Изучение студентом-медиком наук о поведении человека становится-

ся насущной необходимостью» [17,3].

Цели статьи

– привлечь внимание теоретиков и практиков психологии и психиатрии, в первую очередь наркологов, к изучению комплекса «организм (влечения) – поведение – сознание (личность) в период постмодернизма³ через невербальное поведение (НП);

– дискурс с оппонентом.

Естественно, что мы можем остановиться только на отдельных исследованиях составляющих указанного комплекса, в частности, на невербальном поведении и осознании поведения потребителей алкоголя с опорой на наши исследования [18-23].

В первой составляющей комплекса (организм – влечение) ограничимся привычными для отечественной наркологии классификациями патологического влечения на навязчивое, сверхценное, компульсивное и импульсивное и предболезненные формы поведения по И.С. Кону [7] на: детензивное, аффективное, гедонистическое, влечение для повышения самооценки, компенсаторное, коммуникативное, комфортное, манипулятивное, которые могут стать одной из причин потребления алкоголя (или других ПАВ). Оппонент определяет аддиктивное (зависимое) влечение, лежащее в основе наркологических расстройств, как и патологическое, и психологическое, и нейрофизиологическое и даже парапсихопатологическое. Но главное, наверное, что считает специалист (ученый, исследователь, врач). Таким образом, влечение может укладываться в диады: «норма-патология», «здоровье-болезнь», но возникают некоторые сомнения: к какому базовому влечению (инстинкту) отнести данное нормальное, здоровое влечение – пищевому, сексуальному, оборонительному или исследовательскому? Оппонент, по-видимому, испытывая те же затруднения, предлагает аналогии с полидипсией при эндокринном заболевании и некоторыми перверсиями (парафилиями). Иначе понятие «зависимое» (влечение, поведение, личность) становится бытовым, а не ин-

³ Вот какой краткий перечень концептов постмодернизма приводит отечественный философ В.А. Канке [4]: агонистика языковых игр (а не логика), дисконсенсус (а не консенсус), дискретность (а не конкретность и прогресс), множественность (а не единство), нестабильность (а не стабильность), локальность (а не пространственная общность), фрагментарность (а не целостность), случайность (а не замкнутая системность), игра (а не плановая цель), анархия (а не иерархия), рассеивание (а не центрирование), негативность (а не позитивность), движение по поверхности вещей и слов (а не вглубь их), след (а не обозначаемое и обозначающее), симулякр (а не образ), лабиринт (а не линейность), неопределенность (а не определенность), имманентное (а не трансцендентное), эстетика парадоксально-возвышенного (а не прекрасного и представляемого), соблазн страстей (а не производство) [3;4].

ституциональным.

Вернемся к клинико-этологическому методу как основе исследования поведения при психических и собственно поведенческих расстройствах.

«Методология этологических исследований предлагает два пути: а) поведение можно рассматривать в каналах коммуникации (ольфакторное, аудиальное, визуальное, тактильное, социальное). При этом фиксируется либо каждый из каналов, либо сразу несколько каналов. Такая запись поведения (этограмма) аналогична музыкальной партитуре и доступна математическому анализу...; б) поведение можно рассматривать по аналогии с речью, т.е. как особый язык невербального общения. Тогда оно складывается из единиц (признаков), групп единиц (паттернов) и сложных форм (контекстов), под которыми понимают биологический смысл поведения (комфортное, агонистическое поведение, поведение сна, миграционное и т.д.). Этограммы данного типа часто предполагают одновременные записи динамики мимики, позы, жеста, вокала» [28, с.29].

Опираясь на второй вариант методологии клинической этологии в психиатрии, как более доступный, авторы статьи с сотрудниками [18-23] предприняли изучение невербального поведения (НП) при эндогенных и психогенных депрессиях [24] и при различных вариантах алкогольного опьянения [18,19].

Признавая или не признавая самостоятельность клинико-этологического метода, предлагаемого А.А.Коробовым (1990-1991), В.П.Самохваловым (1984-2002), А.Н.Корнетовым и Н.Е.Корнетовым (1990), следует согласиться с авторами в том, что необходимо более подробно и тщательно исследовать возможности учёта невербального поведения (НП) для диагностики, дифференциальной диагностики, течения и прогноза психических и наркологических заболеваний, включая депрессии (Носачев Г.Н., Носачев И.Г., 2000-2016).

Приведем отдельные данные исследования НП, полученные нашими сотрудниками, на основе сравнительного сопоставления взаимосвязи психологических и клинико-этологических особенностей НП у лиц, проходивших медицинское освидетельствование на состояние алкогольного опьянения (легкая степень опьянения). Были выделены типичный и атипичные формы алкогольного опьянения. К типичной форме отнесено острое простое (эйфорическое) алкогольное опьянение (60 освидетельствуемых). К атипичным – дисфорическая, дистимическая (депрессивная), маниакальная (маниакальнопо-

добная), истерическая формы алкогольного опьянения (по 60 человек в каждой группе). Контрольная группа включала 60 освидетельствуемых лиц без установленного алкогольного опьянения (группа условно здоровых). Анализ НП преимущественно проводился в комплексе «мимика–поза–жест». Исследование индивидуально-психологических особенностей у освидетельствуемых проводилось с помощью индивидуально-типологического опросника и осознания ситуации освидетельствования.

Все варианты опьянения характеризовались увеличением общего количества мимических комплексов в НП в сравнении с контрольной группой. По мере убывания количества общего числа мимических комплексов можно было выстроить варианты следующим образом: истерический, эйфорический, дисфорический, маниакальноподобный и дистимический. А по многообразию мимических комплексов выстраивался следующий ряд: истерический, эйфорический, контрольная группа, маниакальноподобный, дистимический и дисфорический. Таким образом, имелось четкое расхождение количества мимических комплексов и их многообразие с клиническими вариантами опьянения.

Сравнение вариантов опьянения по общему количеству жестов в изученных группах можно было выстроить в следующий ряд: эйфорический, истерический, дисфорический, маниакальноподобный, дистимический и контрольная группа; а по многообразию жестов – истерический, дистимический, эйфорический, маниакальноподобный, дисфорический и контрольная группа.

Если сравнивать общее количество и многообразие, взяв за основу соотношение в контрольной группе, то можно выделить гармоничное (типичное) и дисгармоничное (атипичное) соотношение. К типичному комплексу можно отнести эйфорический вариант опьянения, который по позам соотносится количественно с контрольной группой, а по мимике и жестам значительно, но достаточно ровно повышено. Истерический вариант по исследуемому комплексу также можно считать типичным, хотя по общему количеству в два раза выше, чем при эйфорическом варианте. Атипичность комплекса формировалось, с одной стороны, общим количеством единиц комплекса по сравнению с типичным, в частности эйфорическим, а с другой – уменьшением многообразия. К ним отнесены маниакальноподобный, дисфорический и дистимический варианты.

Выделены следующие варианты попыток скрыть (отрицать) ал-

когольное опьянение: диссимуляция, анозогнозия, осознание состояния и причины освидетельствования.

Приуменьшение (частичная, парциальная анозогнозия) степени опьянения и количества выпитого является практически универсальным поведением и осознанием освидетельствуемыми (47,6%). При этом приуменьшение касается всего анамнеза жизни, количества выпитого, времени употребления, самой ситуации и обстановки административного нарушения, что было характерно для освидетельствуемых с дисфорическим и маниакальноподобным вариантами опьянения. При частичной анозогнозии психологические защиты отличались умеренной деструктивностью, при которой до осознания допускается лишь часть информации о поведении и состоянии при употреблении алкоголя. Смысловая регуляция поведения была упрощена, противоречива и мало осознавалась.

Тотальное (полное) отрицание опьянения (27,8%) характеризовалось абсолютным отрицанием самого факта употребления алкоголя, как в текущий день, так и накануне, а иногда были попытки отрицать употребление алкоголя в течение месяца и более. Освидетельствуемые с недоверием относились к врачу, его полномочиям. Упрямо отрицали, негодовали, угрожали жалобами и судом за их «незаконное» освидетельствование. Пытались активно избежать лабораторного исследования и одновременно получить подтверждение трезвости.

Модель оценки состояния и её диссимуляции (псевдорациональная анозогнозия) (13,6%), в которой освидетельствуемые пытались дать «объяснение», «рационализацию» опьянения (13,6%). В динамике данной модели на полюсах можно отметить два варианта. Экспансивный, «наступательный» вариант представлен целой системой «доказательств», «мировоззрения», где освидетельствуемый выступает в роли адепта с яркостью, активностью, театральностью отстаивания «свободы» и законности потребления спиртного, также как и употребления табака. На противоположном полюсе модели - «система объяснений», «рационализация» состояния не носит такой «наступательной» экспансивной яркости, её тональность скорее «оправдывающаяся», а роль – «жертва» обстоятельств.

При ретроамнестическом варианте анозогнозии (7,5%) искажения реальности касаются только ситуации текущего времени, которая упорно переносится в прошлую жизнь от текущего алкогольного опьянения. При этом временной разрыв был не менее одной-двух недель и даже до нескольких месяцев. Настоящее состояние чаще всего

объясняется текущем соматическим заболеванием, употреблением сердечных препаратов со спиртом и т.п.

К конвенционально-камуфлирующей форме анозогнозии (3,5%) отнесены освидетельствуемые, которые пытаются замаскировать свое физическое и психическое состояние подчеркнутым стремлением к соблюдению всех требований врача и других сотрудников, сопровождая общепризнанными, одобряемыми обществом, административно правильными суждениями и замечаниями. Они стремятся угодить медицинскому персоналу, сотрудникам милиции, беспрекословно выполняя все требования и даже предвосхищая их.

Таким образом, отдельные варианты анозогнозии алкогольного опьянения у освидетельствуемых носят преимущественно ситуационный характер как проявление различных механизмов психологических защит, но существенно определяют поведение. Именно развитость у личности тех или иных вариантов психологических защит нарушает совладание (критичность) и прогнозирование личностью последствий своего сиюминутного диссоциального поведения. Критика к состоянию, критичность – это категории не столько синдромальные, клинические, сколько когнитивно-познавательные и личностные, в большей степени морально-этические, общепсихологические, влияющие на организацию поведения. Б.В. Зейгарник определяла критичность как «умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями» [цит. по 8]. Аналогичного мнения придерживались И.А.Кудрявцев с соавт. [8], считающие, что феномен критичности определяет сбалансированность психики и адекватность поведения складывающимся ситуациям.

Следовательно, в системе «вариант опьянения – личность – ситуация» диссоциальное поведение освидетельствуемых, в первую очередь, зависит от личности, ее критичности (осознание поведения, внутренняя картина здоровья), психологических защит, которые мешают личности и совладению, и управлению, и прогнозированию поведения по времени приема алкоголя, так и по поведению в ситуации медицинского освидетельствования, т.е. отсутствует копинг-стратегия поведения в связи со слабым прогнозированием последствий опьянения за рулем. Поведение определяется, с одной стороны, анозогнозией пьянства и оправдательными психологическими защитами, свойственными недостаточно зрелой, преимущественно эмоциогенной, личности, а, с другой - не критичностью к потребле-

нию алкоголя и предвидению последствий опьянения за рулем. К сожалению, данная группа зависимых личностей не охвачена превентивно-реадаптационными мероприятиями: и как группа общества потенциально опасная для транспортного движения, и как группа перехода в группу больных алкоголизмом.

Таким образом, следует четко различать собственно поведенческие расстройства, включая элементы поведения, простые и сложные формы поведения, как входящие в состав психопатологического синдрома, собственно поведенческого (сложные формы поведения) и личностного расстройства. В собственно личностные расстройства практически всегда включаются те или иные формы поведения, но не сводятся к ним и даже противоречат содержанию мышления личности (как это часто наблюдается при алкоголизме, например, анозогнозия), а в некоторых случаях происходит и «отчуждение».

Большинство исследователей полагает, что в задачи этологии вообще и этологии человека, в частности, входят:

а) наблюдение и описание поведения, т.е. феноменология и типология поведения;

б) выяснение причин, вызвавших данное поведение, к которым могут быть отнесены генетические, средовые, церебральные, биохимические, клинические;

в) изучение онтогенеза конкретного поведения;

г) выяснение функционального значения данного поведения, его эволюционная история на основании сравнительного исследования, фактически филогенез и историогенез поведения [5;6;27-29].

д) исследование поведенческих паттернов в структуре как психопатологических, так и собственно поведенческих расстройств [12-16;26] с опорой на социальную и собственно этологическую психиатрию [27-29].

Следовательно, использование клинко-этологического метода в наркологии, также как и в клинической психиатрии все еще ждет своих исследователей. Может быть, тогда и структура известных психических психопатологических и поведенческих синдромов наполнится не только феноменами невербального поведения, но может содействовать выделению новых синдромов в новой «старой» парадигме наркологии.

В заключение хочется указать на еще одну метаморфозу современной психологии поведения (этологии, бихевиоризма), которая заключается в практически не рассматривающем поведение как вида

деятельности, включающий в том числе и поступок, с позиций психологии деятельности А.А. Леонтьева и его школы. Подобный подход, на наш взгляд, может внести много нового в выше разбираемую систему организм (психофизиология, психологии и патологии влечения и др.) – поведение (внешняя и внутренняя деятельность, поступок, ситуационное и стереотипное поведение) – сознание (субъект деятельности, личность в ее связи или «отчужденности» от поведения).

Что касается перехода на парадигму аддиктологии (аддиктивной медицины)⁴, то наш оппонент в двух монографиях [13;26] умудрился не дать понятие (интерпретацию) этого термина и объяснить полезность (необходимость, важность) смены (введения) названия (знака, смысла, рече-смысла, парадигмы) «аддикция». Хотя во введении [13] он пишет: «... термин «аддиктивное влечение» используется вместо «патологического влечения» и как довод замены последнего указывает на его редкое использование: «в психиатрии не принято использовать слово «патологический» [13,6] (хотя оппонент ниже приводит четыре сходных термина). И предлагает при этом еще «использовать термин парааддиктивные влечения в случаях сверхценных увлечений (гемблинга, Интернет-зависимостей, фанатизма, воровства и др.)» [2;7], что является, на наш взгляд, языковой игрой.

Возникает естественный вопрос: является ли наркология парадигмальной дисциплиной? Существуют ли четко выверенные по философии методологии науки (дисциплины, раздела) исследовательская программа (И. Лакатос), исследовательская традиция (Л. Лаудан) и т.д.? И ответы пока противоречивы, так как наркология является разделом психиатрии как науки, преимущественно практическим разделом (по группе расстройств, имеющим тот же предмет науки – патологию психической деятельности, по организационно-правовому подходу и др., по терминологическому, диагностическому, терапев-

⁴ Егоров А.Ю. (2007) приводит классификацию нехимических зависимостей: 1. Патологические влечения к азартным играм (гемблинг). 2. Эротические аддикции: 2.1. любовные, 2.2. сексуальные... 3) «Социально-приемлемые» аддикции: 3.1. Трудоголизм, 3.2. спортивные... 3.4. шопинг... 3.6. религиозная аддикция. 4. Технологические: 4.1. Интернет-аддикция 5. Пищевые: 5.1. Аддикция переядания (булимия). 5.2. Аддикция к голоданию (анорексия) [2]. Можно добавить селфи-аддикцию. В МКБ-11 предлагается включить «хординг» - патологическое накопительство [16].

Существуют и более обобщенные классификации зависимостей: 1) зависимости от психоактивных веществ, или химические; 2) поведенческие (нехимические или нефармакологические; 3) пищевые [26]. К слову, в национальном руководстве «Наркология» термин не используется. Однако обсуждение аддиктивного влечения, в том числе нехимических, проводится преимущественно на страницах наркологических журналов и конференциях.

тическому подходу и т.д.). Однако это не означает, что наркология как раздел психиатрии не может иметь свои частные цели и задачи, не во всем совпадающие с другими разделами психиатрии.

Переход на новую парадигму – аддиктологии (аддиктивное влечение), которая включает в себя не только патологию влечений, варианты нормы, предпатологии, предболезни и др. (Семичов С.В., 1987) [30], что, по нашему мнению, приводит к проявлению ряда параллелизмов - психофизический, психофизиологический, психо-биологический, психосоциальный, которые психиатрия, наркология и психология «осознает как неразрешимые для нее «головоломки», которые в той или иной мере способствовали, в частности, кризису в психологии [31].

В психиатрии и ее разделе наркологии в дискурсах исследователи и врачи чаще всего исходят из двух парадигм – естественно-научной (биологическая и клиническая психиатрия), и гуманистической (клиническая психопатология, психодиагностика), т.е. между каузальных концептов и их интерпретаций и телеологическими, связанными с постмодернистскими взглядами в науке.

Следует согласиться с А.В. Юревичем [31] и экстраполировать на наркологию, что в психологии существуют две парадигмы в психологии – теоретическая и практическая.

Теоретические знания необходимы, без них не может развиваться ни одна дисциплина, но теория, в первую очередь, необходима для практики. Следовательно, практика нужна врачу как практику, ему ближе философия прагматизма. Познавательная ясность которого достигается не впечатлениями, не в мыслях, не в языковых играх и даже не в практических действиях, а в достижении цели, т.е. в рациональности как рациональной деятельности (рациональной цели Ч. Пирса).

На наш взгляд, психиатрия – прагматическая наука, как все медицинские и социальные науки, где преимущественно используется прагматический метод, хотя бы в практической парадигме, где один из главнейших концептов истины принцип эффективности, т.е. обеспечение наиболее эффективного решения, обеспечение достижения наилучших результатов. А в медицине и, несомненно, в психиатрии и наркологии этот принцип эффективности является базовым, включая использования этики ответственности.

Литература

1. О.А. Власова - Постмодернистские историографии психиа-

- три: М. Фуко, Р. Кастель, М. Гоше, Г. Свэн // Неврологический вестник.-2016.-Т. XLVIII. - в.4. -С. 67-71.
2. А.Ю Егоров., А Сабо., К. Фельсендорфф - Модели спортивной аддикции // Вопросы психологии. - 2016. - №3. - С.96- 109.
3. В.А. Канке - Философия науки. Краткий энциклопедический словарь. -М.: Омега-Л, - 2008. 329 с.
4. В.А. Канке - Общая философия науки. - М.: Омега-Л. - 2009.
5. А.Н Корнетов., В.П. Самохвалов, А.А Коробов., Н.А. Корнетов - Этология в психиатрии. - Киев, 1990. - 322 с.
6. Коробов А.А. Клинико-этологический метод.- Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. – М.- 1991.- 38 с.
7. И.С. Кон - Ребенок и общество (историко-этнографическая перспектива). - М. -1988.
8. И.А., Кудрявцев, Ф.С. Сафуанов, А.Ш. Тхостов., О.Ф. Савина - Структурно-иерархическая организация самооценки у аномальных (психопатических) личностей в кризисной ситуации // Психолог. журнал. -1991. – № 3.- С.57-67.
9. Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева - Homo Postmodtrmus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире.- – Новосибирск. – НГПУ.-2009.
10. Ц.П Короленко., Н.В. Дмитриева - Аддикция в культуре отчуждения. – Новосибирск. – НГПУ - 2013.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. - СПб. Аддис - 1994.
12. В.Д. Менделевич - Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка // Наркология - 2010. -№5.- С. 94-100.
13. В.Д Менделевич., М.Л. Зобин - Аддиктивное влечение. - М.: МЕДпресс-информ.- 2012.
14. В.Д. Менделевич - Концепция «патологического влечения к ПАВ» сквозь призму канонов современной клинической психиатрии и принципов доказательной медицины // Вопросы наркологии. - 2012.- №1. С.133-143.
15. В.Д. Менделевич - Проблема дифференциации психопатологических расстройств и поведенческой патологии (на модели физиологически обусловленных расстройств волевой регуляции) // Рос. психиатр. журн. - 2013.- №5. - С. 54-60.
16. В.Д. Менделевич - Наркология в зеркале психиатрии // Вопросы наркологии.- 2016. - № 5-6. – С.123-136.
17. В.Д. Менделевич, Е.Г. Менделевич - Психиатрия: учебник. Ростов н/Д: Феникс.- 2017.
18. Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев, Ж.В. Киселева - От наркологии к аддиктологии или все-таки психиатрии? // Материалы третьих антинаркотических чтений проф.-препод. состава, студентов и практ. работников,

посвященных десятилетию действия Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» 04.042008 г. – Самара 0 2008. - С.166-173.

19. Г.Н. Носачев, Ж.В. Киселева - Поведенческие расстройства при типичном и атипичных вариантах алкогольного опьянения у лиц, проходящих медицинское освидетельствование // Наркология. - 2011.- №8. - С.66-71.

20. Г.Н. Носачев, Ж.В. Киселева - Анозогнозия алкогольного опьянения при медицинском освидетельствовании // Наркология. - 2012.-№6. - С.55-59.

21. Г.Н. Носачев - Методологический анархизм в наркологии: Дискурс 1. Феноменология и синдромология аддикции // Вопросы наркологии. - 2015.- №6. - С.63-73.

22. Г.Н. Носачев - Методологический анархизм в наркологии: Дискурс 2. Кризис психодиагностики аддиктивного влечения // Вопросы наркологии.- 2016.- №1. - С.95-104.

23. Г.Н. Носачев - Наркология с позиций философии науки и деятельности // // Неврологический вестник. - 2016. -Т. XLVIII. - в.4. - С. 77-81.

24. И.Г. Носачев -Клинико-этологическая дифференциация эндогенных и психогенных депрессий в процессе терапии. Автореф. дисс. на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.- Оренбург. - 2004.- 22 с.

25. И.С. Павлов - Не кризис современной отечественной наркологии, а проблема взаимодействия теоретических и практических подходов // Вопросы наркологии. - 2015. - №3. - С. 120-132.

26. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д.Менделевича. СПб.: Речь. -2007.

27. В.П. Самохвалов - История души и эволюция помешательства.- Сургут. -1994.

28. В.П. Самохвалов - Клинико-этологический метод в психиатрии //Российский психиатрический журнал. - 2006.- №3. - С.28-38.

29. В.П. Самохвалов, О.А. Гильбурд, В.И. Егоров - Социобиология в психиатрии. - М.: Изд. дом Видар-М.- 2011.

30. С.Б. Семичов - Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина. - 1987.

31. А.В. Юревич - Психология и методология. - М.: ИП РАН.- 2005.

32. М.Г. Ярошевский - Наука о поведении: русский путь. Воронеж: ИПО «МОДЭК». - 1996.

Сведения об авторах

Носачев Геннадий Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, Специализированный консультативно-диагностический центр клиник Самарского государственного медицинского университета.

E-mail: nosachev.g@mail.ru

Носачев Игорь Геннадьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: JPL2259@ya.ru

Нурходжаев С.Н.

КОМОРБИДНОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Аннотация. В статье отражены проблемы коморбидности депрессивных и личностных расстройств у женщин с терапевтически резистентными депрессиями, установлена определённая взаимосвязь между типологическими особенностями личности и тяжестью депрессивной патологии. Результаты исследования позволят более дифференцированно осуществлять комплексную лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов воздействия с учётом личностных особенностей.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, личностные особенности, терапевтически резистентные депрессии у женщин.

Key words: depressive disorders, personal characteristics, treatment resistant depression in women.

Актуальность: В последние десятилетия возрос интерес к изучению коморбидности депрессивных расстройств и личностных особенностей пациентов. Исследование, проведенное Московским НИИ психиатрии при изучении контингента больных с депрессивной патологией, зарегистрированных в психоневрологических диспансерах Москвы, показало, что в 12,2% всех случаев эндогенной депрессии отмечается ее сочетание с расстройствами личности. Последнее время многие исследователи уделяют большое внимание изучению факторов, не только оказывающих влияние на клиническую картину депрессии, но и способных дать информацию относительно особенностей дальнейшего течения заболевания и его нозологической принадлежности. В связи с этим, особое значение приобретает изучение особенностей той конституциональной почвы, на которой развивается болезненное депрессивное состояние и её динамики [1,510]. Вместе с тем, при исследовании этой проблемы на популяции боль-

ных депрессиями, в одних случаях отмечается тенденция ограничиваться ориентацией на использование только стандартизированных психодиагностических и клинических методик, в других - только клинико-психопатологическим подходом, данные которого с трудом поддаются валидации и статистической оценке[4,308]. В связи с этим, особое значение приобретает целостный анализ особенностей личности больного, включающий как клинико-психопатологический подход, так и использование различных психодиагностических методов[5,105]. В настоящее время существует несколько направлений в оценке взаимосвязи личностных особенностей и формирования депрессивной патологии. Зарубежные исследователи отводят решающую роль конституционально-генетическим характеристикам, рассматривая их как определяющие дальнейшее течение и проявления заболевания, отмечают патопластическое влияние преморбида на клиническую картину депрессии и выделяют определенные личностные черты, как предикторы развития депрессии[6,619]. В большинстве современных источников личностные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину терапевтически резистентных депрессий и требующих психотерапевтической коррекции в рамках терапии периодов обострения[3,58].

Цель исследования: изучить коморбидность личностных и депрессивных расстройств у женщин с терапевтически резистентной депрессией для осуществления комплексной лечебно-реабилитационной помощи и оптимизации психотерапевтического подхода в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования явились 30 женщин в возрасте от 29 до 42 лет, находящихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической больнице города Ташкента. Критерием для отбора пациентов было наличие на момент госпитализации депрессивной симптоматики и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также наблюдаемая в течении трёх недель госпитализации терапевтической резистентности к назначаемым психотропным препаратам. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности

Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММПИ).

Результаты и обсуждения: в ходе исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались согласно МКБ-10, как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) - у 33,3% пациенток, рекуррентное депрессивное расстройство тяжелой степени (F 32.2) - у 26,7% женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) - у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) - у 17% женщин и рекуррентное депрессивное расстройство средней степени (F33.1) - у 3% обследованных. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 8 пациенток были зафиксирован конгруэнтный аффекту бред (самообвинения, самоуничижения, ипохондрический бред), который достигал своей выраженности и актуальности лишь на высоте аффекта, что свидетельствовало о тяжести и степени депрессивного синдрома. В анамнезе у 68% обследованных женщин отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки, нейродермиты), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям. С целью установления возможных соотношений между структурой личности и нозологической принадлежности депрессивного расстройства проведены патопсихологическое, экспериментально-психологическое и психодиагностическое исследования. С помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММПИ) было выявлено пять основных конституционально-личностных типов, характерных для больных с терапевтически резистентными депрессиями: шизоидное расстройство личности – у 12 пациенток (40%), эмоционально неустойчивое – у 8 пациенток (28%), истерическое – у 4 пациенток (12%); тревожное – у 3 пациенток (10%), ананкастное – у 3 пациенток (10%). По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессивные расстройства тяжелой степени встречались у женщин с шизоидным расстройством личности, у которых выявлялись

повышенная чувствительность, впечатлительность, легкая ранимость и обидчивость. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25% больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с тревожным расстройством личности в 75% случаев была выявлена депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5% случаев. У них имели место такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утрированному самонаблюдению; рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 4 пациенток с истерическим типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. При эмоционально неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений. Среди всех обследованных ананкастный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины,

низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. Пациентки предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к появлению чувства вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Формирование депрессии у всех обследованных оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех женщин характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с шизоидным типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с тревожным типом личности испытывали быстрое утомление, с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятном микроклимате в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с ананкастным и тревожным типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени отмечалась трудовая дезадаптация, сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные тенденции, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с эмоционально неустойчивым типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Женщины с истерическим типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали значительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, указывали на ухудшение психоэмоционального состояния и способность функционировать в повседневной жизни. При установлении взаимосвязи между типом личности и клинической картиной депрессивного состояния были получены следующие результаты:

при шизоидном расстройстве личности характерны сенесто-ипохондрические и деперсонализационные депрессии; при истерическом расстройстве личности преобладают экзистенциальные депрессии и деперсонализационные депрессии с невротической, истерической деперсонализацией, при тревожном расстройстве личности отмечались тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии; для больных, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны соматизированные, маскированные депрессии, а для ананкастного расстройства личности наиболее часто характерно было развитие ипохондрических депрессий с доминированием обсессивно-компульсивных расстройств.

Выводы: таким образом, установленная взаимосвязь между конституционально-личностной структурой и особенностями клинической картины терапевтически резистентных депрессий даёт возможности определить степень тяжести депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет оптимизировать комплексность психотерапии и более дифференцированно осуществлять психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей женщин.

Литература

1. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск, 2009 – 510с.
2. Винокур В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики //Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: «Альта Астра» – 2015. –46с
3. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства. / Мосолов С.Н. М. 2007. - с. 58
4. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А.Б. Смулевича. - М., 1997 - - 308 с.
5. Danileviciute V. Affective disorder: clinical symptoms and present-day approach to treatment / V. Danileviciute // Medicine (Kaunas).-2002-V. 38, № 11- P. 1057-1065.
6. Teasdale J.D, Segal Z.V., Williams J. et al. Prevention of re-lapse/recurrence in major depression by mindfulnessbased cognitive therapy // Journal of Consulting and ClinicalPsychology. – 2000. – Vol. 68. – P. 615–623.

Сведения об авторе

Нурходжаев Сабир Насирходжаевич – старший научный сотруд-

ник-исследователь, кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан.
E-mail: sabir.nurkhodjaev@tashpmi.uz

**Пахомова С.А., Барыльник Ю.Б., Самойлова Д.Д.,
Абросимова Ю.С., Колесниченко Е.В.**

РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ КОМОРБИДНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Аннотация. Были изучены депрессивные расстройства у больных сахарным диабетом 2 типа. У всех пациентов выявлены депрессивные включения различной степени выраженности. Получены прямые корреляционные зависимости имеющихся нарушений от типа отношения к болезни и преморбидных личностных особенностей.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, сахарный диабет 2 типа, индивидуальные личностные особенности

Сахарный диабет является хроническим заболеванием, требующим не только постоянного медицинского сопровождения, но и ориентированности пациента в течении процесса для предотвращения острых и снижения риска развития хронических осложнений.

В настоящее время сахарный диабет является важной медико-социальной проблемой для большинства стран. По данным Международной федерации диабета (IDF-2013) 8,3% взрослого населения от 20 до 79 лет в мире больны диабетом. При этом, согласно прогнозу федерации, к 2030 году число больных в мире достигнет 366 млн [1]. Согласно данным Минздрава России, среди соотечественников также отмечается неуклонный рост патологии. Так, в 2015 по сравнению с предыдущим годом, количество больных сахарным диабетом увеличилось на 5,6%, а в период с 2013 по 2015 гг на 23%, при этом абсолютное большинство заболевших — с диабетом II типа (более 3 миллионов россиян) [2].

Психические расстройства зачастую рассматриваются как коморбидные при соматических заболеваниях, в частности, отмечен высокий процент тревожно-депрессивных расстройств при заболеваниях сердечно-сосудистой системы [3]. Сплошное обследование больных сахарным диабетом показало коморбидность психических

расстройств с частотой 80,3%, причем при сахарном диабете 2 типа подобные нарушения выявлялись значительно чаще, чем при сахарном диабете 1 типа [4].

Исследования, посвященные изучению психической сферы лиц, страдающих диабетом, показывают, что большинство больных – изначально психически здоровые люди, у которых возможны такие же психические отклонения, как и у соматически здоровых людей. В возникновении психопатологической симптоматики придается значение следующим факторам: гипоксия головного мозга при поражении церебральных сосудов, гипогликемия, непосредственное поражение ткани мозга [5]. Помимо первичных расстройств функций нервной системы, при сахарном диабете имеют значение социально-психологические факторы (снижение трудоспособности, ежедневные инъекции, снижение половой функции), преморбидные особенности характера индивидуума (тревожно-мнительные черты в сочетании с прямолинейностью, обязательностью, принципиальностью и ригидностью психики), возраст, степень тяжести и длительность заболевания, неблагоприятные внешние влияния в форме перенапряжения и психических потрясений, влияние длительного медикаментозного лечения. Немаловажное значение при этом имеют и психотравмирующие факторы, связанные с болезнью, влияя, в первую очередь, на нервную систему, они воздействуют через нее и на иммунную, и на эндокринную системы [6]. Сам факт наличия у больного сахарного диабета может быть источником психотравмирующей ситуации.

Выявлено, что психические изменения при сахарном диабете тесно связаны со степенью тяжести заболевания и уровнем компенсации сахарного диабета [7].

Одним из наиболее распространенных психических нарушений при диабете у пациентов всех возрастов являются расстройства тревожно-депрессивного спектра. Частота встречаемости депрессий более чем в 2 раза превышает популяционные показатели [8]. При этом структурные составляющие аффективных расстройств у больных СД различаются по полу и возрасту. У мужчин на первый план выступают повышенный уровень тревоги за свое здоровье, потребность в посторонней помощи, у женщин - тенденция к отчужденности, эмоциональной отгороженности, астенической симптоматикой в виде повышенной утомляемости, снижения работоспособности, нарушений сна, головной боли, лабильности эмоциональных реакций [9].

Целью исследования было оценить наличие и степень выражен-

ности депрессивной симптоматики и связанных с этим факторов в виде преморбидных индивидуальных личностных особенностей и сформированной внутренней картины болезни у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Всего было обследовано 40 больных, страдающих сахарным диабетом II типа и получающих по данному поводу стационарное лечение в эндокринологическом отделении «Саратовской городской клинической больницы № 9». Выборка была представлена лицами мужского (20 больных) и женского пола (20 больных), средний возраст которых составил $54,12 \pm 3,69$. В качестве методов обследования были выбраны: тест-опросник (Шкала) депрессии Бека (Beck Depression Inventory); сокращенный многофакторный опросник исследования личности» (mini-mult, Смол); Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Выбор данных психологических методик был обусловлен их психодиагностической значимостью в исследовании индивидуально-личностных особенностей человека. Данные психологические методики взаимно дополняют друг друга, раскрывая более полно представление о значимости индивидуально-личностных особенностей и поведения человека в процессе психосоматического заболевания и их влияния на отношение к профессиональной деятельности, к заболеванию, к окружающим людям, а также выявлению симптоматики анксиозно-депрессивного круга.

Результаты исследования. Показатели большинства шкал по методике Mini-Mult соответствовали средним. На границе с высокими значениями находились шкалы: «Истории» и «Ипохондрии». При этом степень проявления ипохондрии зависела от возраста респондентов, (коэффициент корреляции Спирмена 0,36), с увеличением возраста респондентов увеличиваются и их ипохондрические переживания. Ипохондрия как личностная особенность сочеталась с истерией ($r=0,89$), депрессией ($r=0,67$) и психастенией ($r=0,53$). В свою очередь при наличии истерии проявлялись такие личностные особенности, как ипохондрия ($r=0,89$), психастения ($r=0,74$), депрессия ($r=0,69$) и паранойяльность ($r=0,67$).

Большинство респондентов демонстрировало признаки выраженной депрессии (средней тяжести) – у 15 человек (38%). Легкая или умеренная депрессия наблюдалась у 16 испытуемых (40%). Отсутствие каких-либо депрессивных переживаний было выявлено лишь у 9 пациентов (22%). (Рис. 1)

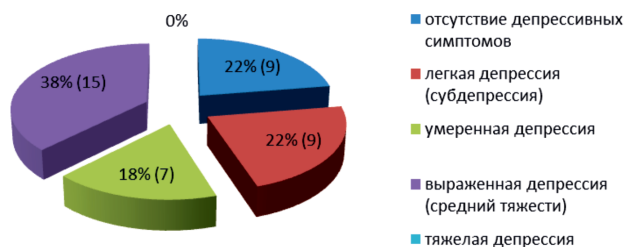


Рис.1. Уровень депрессии респондентов

Анализ корреляционной зависимости между уровнем депрессии респондентов и личностными особенностями показал, что чем больше у респондентов психастенических черт личности, тем ярче у них проявление депрессивных переживаний, $r=0,58$ (рис.2).

Положительная корреляция степени выраженности депрессивных проявлений была выявлена также для паранойальности, $r=0,48$ (рис.3), истерических личностных черт, $r=0,44$ (рис.4), шизоидных черт личности, $r=0,39$ (рис.5).

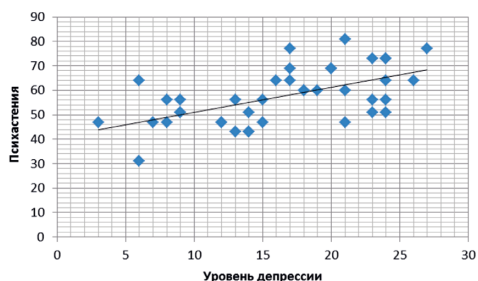


Рис. 2. Зависимость уровня депрессии от наличия психастенических черт личности

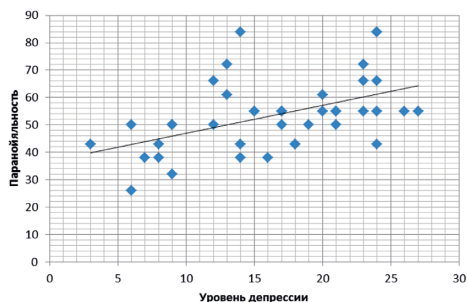


Рис. 3. Зависимость уровня депрессии от наличия паранойальных черт личности

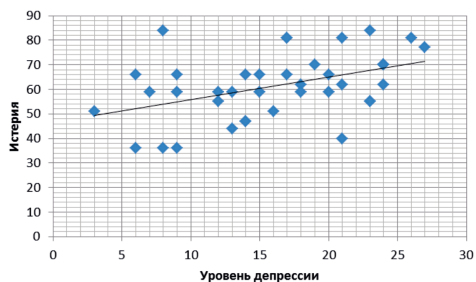


Рис. 4. Зависимость уровня депрессии от наличия истерических черт личности

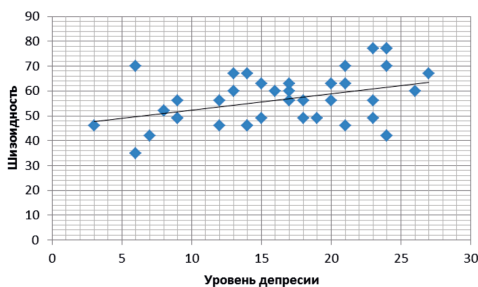


Рис. 5 Зависимость уровня депрессии от наличия шизоидных черт личности

В ходе исследования мы выявили, что тип отношения к болезни так же является фактором, влияющим на формирование депрессивных переживаний у пациентов. Оказалось, что тревожный и неврас-тенический типы отношения к болезни чаще остальных типов формируют депрессивную симптоматику у пациентов ($r=0,54$ и $r=0,53$ соответственно, Рис. 6 и 7)

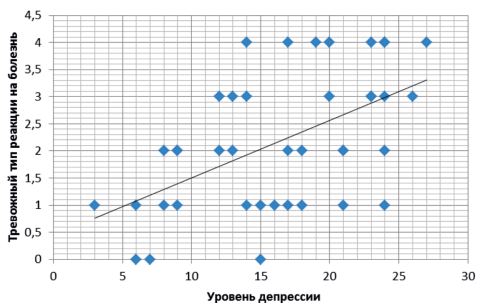


Рис. 6. Корреляционное взаимодействие тревожного типа отношения к болезни и уровня депрессии

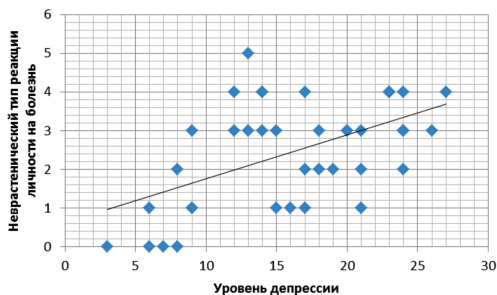


Рис. 7. Корреляционное взаимодействие неврастенического типа отношения к болезни и уровня депрессии

Дополнительная задача определения динамичности депрессивных переживаний от длительности течения сахарного диабета не выявил корреляционных взаимодействий.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что подавляющее число пациентов в качестве коморбидной патологии имели депрессивные расстройства (78%), которые, в основном, достигали степени выраженных нарушений (48,4%). Появление депрессивных переживаний у респондентов коррелировало с заострением таких личностных особенностей как психастения, паранойяльность, истерия и шизоидность. Тип отношения к болезни так же является фактором, влияющим на формирование депрессивных переживаний у пациентов, тревожный и неврастенический типы отношения к болезни чаще остальных типов формируют депрессивную симптоматику у больных сахарным диабетом 2 типа.

Литература

1. Altınok, Ali, Kamile Marakoğlu, and Nisa Çetin Kargin. "Evaluation of Quality of Life and Depression Levels in Individuals with Type 2 Diabetes." *Journal of Family Medicine and Primary Care* 5.2 (2016): 302–308. PMC. Web. 19 Feb. 2017.
2. ВОЗ. Глобальный доклад по диабету. - 2016. – С. 3.
3. Пахомова С. А., Деренок А. П., Кузьмина И. А. Анксиозно-депрессивные расстройства в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы // БМИК. 2015. №5 С.386.
4. Старостина Е.Г., Мошняга Е.Н., Володина М.Н., Малахова Т.С. Эпидемиология наиболее частых психических расстройств у больных сахарным диабетом //Альманах клинической медицины 2014. № 32. С-19.
5. Маркин, С.П. Поражение нервной системы при сахарном диабете. Методическое пособие. М.: 2008. С- 4.
6. Сидоров, П.И. Внутренняя картина болезни при сахарном диа-

бете и ее зависимость от психодинамических особенностей нервной системы / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев // Проблемы эндокринологии. -2006.- Т. 52, № 3. С- 3-7.

7. Лаптёнок Л.В. Пособие для больного сахарным диабетом. Минск: Беларусь, 2008. 142с.

8. Antsiferov .B., Melnikova O.G., Drobizhev M.Yu., Zakharchuk T.A. Sakharnyy diabet I depressivnyerasstroystva. Russian medical journal. 2003; 11(27); 1480-1483.

9. Цветкова, И.Г., Белякова, Н.А., Чичановская, Л.В., Михайлова, Д.Г. Особенности психологического статуса больных сахарным диабетом 2-го типа // Вестник Ивановской медицинской академии.- 2011. С- 31.

Сведения об авторах

Пахомова Светлана Александровна – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, e-mail: svepakhomova@yandex.ru

Барыльник Юлия Борисовна – д.м.н., Заведующая кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Самойлова Дарья Дмитриевна – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Абросимова Юлия Сергеевна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Колесниченко Елена Владимировна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Романов Д.В.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТЬЮ: ВАЛИДИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ

Аннотация. Расстройства личности, проявляющиеся эмоциональной неустойчивостью, представляют собой широкий кластер

психических расстройств. Наиболее значимым и распространенным является пограничное расстройство личности (ПРЛ). Представлена разработанная шкала клинической оценки пограничного расстройства личности. Сравнивалась эффективность распознавания врачами описаний пограничного расстройства личности на основе нестандартизированной клинической оценки и при использовании шкалы клинической оценки пограничного расстройства личности. Применение предлагаемой шкалы клинической оценки пограничного расстройства личности позволяет улучшить распознавание ПРЛ врачами.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, диагностика, стандартизированные оценочные шкалы.

Key words: borderline personality disorder, diagnostics, standardized rating scales

Расстройства личности, проявляющиеся эмоциональной неустойчивостью, представляют собой широкий кластер психической патологии. Особое внимание исследователей привлекает пограничное расстройство личности (ПРЛ), относящееся к наиболее распространенным вариантам личностных расстройств [5,533; 8,400; 1,108]. ПРЛ характеризуется полиморфизмом клинической картины, высоким суицидальным риском и значительным объемом социальных затрат на лечение и реабилитацию пациентов [6, 482; 7,949]. Показано, что психиатры испытывают значительные затруднения в установлении диагноза ПРЛ [2,1310]. Зарубежные исследователи предпринимали попытки создать диагностические инструменты, которые бы обеспечили более точное распознавание пограничного расстройства личности. Самой известной из клинических стандартизированных шкал является DIB-R [9,10]. Преимуществом данного инструмента является использование клинических дефиниций, относящихся к жалобам пациента, что должно облегчить использование шкалы врачом. Однако ряд используемых DIB-R критериев не могут быть выявлены в рамках первичного психиатрического интервью, а другие критерии требуют специальной подготовки врача и длительного наблюдения за больным в процессе лечения. С целью улучшения распознавания ПРЛ была создана [4] шкала клинической оценки пограничного расстройства личности (табл. 1).

Таблица 1 . Шкала клинической оценки пограничного расстройства личности

№	Признак	Количество баллов
1	Женский пол	1
2	Наличие ситуации абьюза (насилия) в детско-подростковом возрасте	1
3	Конфликтная среда в родительской семье (развод, затянувшийся развод, уходы одного из родителей и т.д.)	1
4	Враждебность пациента по отношению к одному из родителей (проявляемая во время интервью)	1
5	Ранняя сепарация (например, ранний брак или отъезд из родительского дома по достижению восемнадцатилетия)	1
6	Наличие в анамнезе самоповреждений/суицида	1
7	Наличие в анамнезе хотя бы одного эпизода брутального агрессивного поведения (нападения, разрушение вещей и др.)	1
8	Наличие эпизодов алкоголизации или наркотизации с социально-значимыми последствиями	1
9	Раннее начало половой жизни	1
10	Более чем один брак (включая гражданский брак)	1
11	Намерение сменить партнера	1
12	Наличие в анамнезе хотя бы одного депрессивного эпизода	1
13	Наличие хотя бы одного проявления из следующих: кутежи, азартное вождение, промискуитет, булимия, шопинг	1
14	Жалобы на перепады настроения в течение одних суток	1
15	Проявления эмоциональной неадекватности во время интервью (выраженная идеализация, манипулирование врачом, привлечение третьей стороны и т.д.)	1

Шкала предназначена для использования врачом-психиатром. Все параметры шкалы определяются на момент первичного психиатрического интервью. Общий показатель шкалы достигается суммированием баллов по каждому признаку. Диапазон значений суммарного балльного показателя был определен опытным путем в результате анализа диагностических протоколов 150 пациентов с верифицированным диагнозом ПРЛ с катамнезом не менее 1 года, и в среднем составил 12,9±1,4. Значение суммарного балльного показателя шкалы, необходимое для диагностики ПРЛ в группе до 40 лет, было установлено в 12 баллов. Для группы пациентов в возрасте старше 40 лет с учетом явлений регрессивной возрастной динамики расстройства - 10 баллов.

Цель настоящего исследования – определить эффективность распознавания пограничного расстройства личности врачами-психиатрами при использовании шкалы клинической оценки пограничного

расстройства личности.

Материалы и методы. Для решения задач исследования использовались унифицированные описания клинических случаев с верифицированным диагнозом ПРЛ, подтвержденных катamnестическим наблюдением. Использованные описания включали 7 операциональных диагностических признаков рубрики 301.83 DSM-4. Данные клинические описания безошибочно интерпретировались как случай ПРЛ группой трех независимых академических психиатров-экспертов. Группу исследованных составили врачи трех специальностей: психиатры (26 врачей), психиатры-наркологи (18) и психотерапевты (17), всего 61 врач. Каждому исследуемому было представлено 10 унифицированных клинических описаний, 5 из которых соответствовали диагнозу ПРЛ, 5 других – диагнозам диссоциального и истерического расстройств личности. Предлагалось установить диагноз психического расстройства на основании представленного описания без использования шкалы и вторично – с использованием ШКОПР. В группе исследованных преобладали врачи амбулаторного звена - 82,7%, врачей стационара было 17,3%. Средний стаж работы врачей по специальности составил $11,4 \pm 8,6$ года. Учитывалось количество правильных ответов, сделанных врачами при распознавании расстройства, при нестандартизированной клинической оценке и при использовании ШКОПР.

Результаты исследования. Исследование показало, что в ситуации нестандартизированной клинической оценки в половине случаев врачи не распознавали ПРЛ. В среднем врачи всех специальностей правильно идентифицировали расстройство только в $2,4 \pm 1,3$ случаев из 5. Самый высокий уровень нестандартизированной клинической оценки показали врачи-психотерапевты ($3,7 \pm 0,8$), самый низкий – наркологи ($1,1 \pm 0,7$). Психиатры занимали промежуточную позицию ($2,3 \pm 0,8$). Хорошие навыки распознавания ПРЛ у врачей психотерапевтов могут быть связаны с высокой частотой обращения таких пациентов за психотерапевтической помощью и широким использованием модели экспрессивной психотерапии для лечения пограничного расстройства личности. Врачи-наркологи редко используют двойной диагноз для своих пациентов, таким образом, у наркологического больного подлежащая личностная аномалия врачом, как правило, игнорируется.

Использование ШКОПР врачами существенно повысило результаты распознавания. У врачей-психотерапевтов количество правиль-

но распознанных случаев достигло $4,8 \pm 0,4$; у психиатров – $4,5 \pm 0,6$; у врачей-наркологов – $3,6 \pm 1,0$. В целом, качество распознавания расстройства при использовании ШКОПР во всех группах исследованных значимо повысилось ($p < 0,01$) и составило $4,3 \pm 0,6$ случая. Наибольшая положительная динамика распознавания расстройства выявлялась у врачей-наркологов. Врачи, включенные в исследование, не сообщали о каких-либо трудностях использования ШКОПР после проведения однократного обучения способу использования методики.

Таким образом, использование предлагаемой шкалы клинической оценки пограничного расстройства личности позволяет существенно улучшить распознавание данного вида личностной аномалии врачами-психиатрами. Обучение навыкам использования ШКОПР включено в региональные программы профессионального обучения врачей-психиатров, наркологов и психотерапевтов.

В последние годы появились исследования, подтверждающие возможность применения психофармакологических средств для ослабления паттерна эмоциональной неустойчивости [3, 270], а также перспективные модели психотерапии ПРЛ, например, терапия, ориентированная на ментализацию (Бейтман, Фонаги, 2014). Повышение качества диагностики пограничного расстройства личности позволяет своевременно начинать терапию и эффективнее контролировать суицидальное и деструктивное поведение пациентов.

Литература

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. - Личностные расстройства. - СПб.: Питер, 2010. - 400 с.
2. Романов Д.В - Диагностические ошибки врачей-психиатров при распознавании пограничного расстройства личности // Известия Самарского научного центра РАН. – 2014. - т.16. - №5(4). - С.1309-1311.
3. Смулевич А.Б. - Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012. - 336 с.
4. Способ диагностики пограничного расстройства личности. Романов Д.В. - Пат. РФ № 2564752; заявл. 09.09.2015.
5. Grant B.F., Chou S.P., Goldstein R.B., Huang B., Stinson F.S., Saha T.D., Smith S.M., Dawson D.A., Pulay A.J., Pickering R.P., Ruan J. - Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // Journal of Clinical Psychiatry - 2008; 69: 533–545.
6. Paris J., Zweig-Frank H. - A 27-year follow-up of patients with

borderline personality disorder // Compr. Psychiatry - 2001; 42(6):482-7.

7. Skodol A.E., Gunderson J.G., Pfohl B., Widiger T.A., Livesley W.J., Siever L.J. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure // Biological Psychiatry - 2002; 51: 936–950.

8. Wang L., Ross C., Zhang T., Dai Y. et al. Frequency of borderline personality disorder among psychiatric outpatients in Shanghai // J. Pers. Disord. - 2012. Jun; 26(3): 393-401.

9. Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R., Chauncey D.L. The Revised Diagnostic Interview For Borderlines: Discriminating BPD from Other Axis II Disorders. Journal of Personality Disorders. - 1989; 3(1): 10-18.

Сведения об авторе

Романов Дмитрий Валентинович - доцент, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, Самарский государственный медицинский университет. E-mail: romanovdit@mail.ru

Саидхонова Ф.А., Бабарахимова С.Б.

ПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Аннотация. Установлено влияние типологических конституционально-личностных особенностей пациенток на формирование и выраженность тревожно-фобических нарушений и степень тяжести депрессивной патологии у женщин с шизоаффективными расстройствами. Результаты исследования выявляют факторы предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, что позволит более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов воздействия с учётом личностных особенностей.

Ключевые слова: аффективные нарушения, депрессивные расстройства, типологические особенности личности, шизоаффективные психозы у женщин.

Key words: affective disorders, depressive disorders, personal characteristics, schizoaffective psychosis in women.

Проблема шизоаффективного расстройства в мировой и отечественной психиатрии является одной из наиболее сложных и дискуссионных в литературе последнего десятилетия. Это касается как места шизоаффективного расстройства в американской и

международной классификациях, относящих данный вид психической патологии соответственно в группу расстройств настроения и в группу расстройств шизофренического спектра, так и вопросов дифференциальной диагностики, прогноза и реабилитации данной категории больных [1,58]. Взаимодействие психогенных факторов, конституционально-личностных особенностей и шизоаффективного расстройства, равно как и других расстройств шизофренического спектра, остаются и в настоящее время одним из сложных и дискуссионных вопросов клинической психиатрии [2,65]. В большинстве современных источников невротические тревожные и фобические расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину психоза и требующих коррекции в рамках терапии периодов обострения [3, 308]. Однако в этих случаях недостаточно выделяется роль расстройств тревожно-фобического круга в качестве отдельных психических проявлений, определяющих задержку на стационарном этапе лечения больных шизофренией и требующих направленной и специфической терапии [4,18]. В связи с этим актуальной проблемой является изучение роли тревожно-фобических расстройств при необоснованно долгом пребывании в стационаре больных с шизоаффективными психозами в стадии установившейся ремиссии при наличии возможностей выписки из стационара. Особенности эмоционального реагирования, многообразные варианты тревожно-фобических расстройств у женщин с учётом личностных особенностей всегда привлекали к себе внимание исследователей как клинических, так и психодинамических школ [5,22]. Ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии, причём у женщин риск возникновения и рецидива депрессивного расстройства в два раза выше по сравнению с мужчинами. Установлено, что частота возникновения тревожно-фобических и депрессивных расстройств возникает у женщин с шизоаффективной патологией в зависимости от конституционально-личностных особенностей, а также у женщин с низким социально-экономическим статусом [6, 1057].

Цель исследования: изучить спектр эмоциональных нарушений и личностные расстройства шизоаффективного спектра у женщин для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики. **Материалы и методы исследования:** в исследование были включены 50 женщин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном

лечении в психиатрической больнице. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамне-стический. Тест-программа А.Г. Жилиева - Ф.Н. Хуснатдинова позволяла по векторному принципу выделять преобладание в структуре тревожно-фобических расстройств (агорафобические, социофобические и панические расстройства). В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI).

Результаты и обсуждения: из 50 больных с шизоаффективным психозом, возникшим в сочетании с тревожно-фобическими расстройствами у 40% диагностирован депрессивный тип F-25.1, у 45% обследованных – маниакальный тип F-25.0, у 15% смешанный тип шизоаффективного расстройства F-25.2. В картине шизоаффективных состояний выявленные аффективные бредовые проявления были более фрагментарные и несистематизированные и формировались зачастую параллельно с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатировалась выраженная тревога. Тревожно-фобические нарушения были определены по тесту А.Г. Жилиева – Ф.Н. Хуснатдинова агорафобическими, социофобическими и паническими расстройствами. В группе исследуемых пациенток психогенно обусловленные тревожно-фобические расстройства обнаруживаются в 88% случаев. Имеющие место тревожно-фобические расстройства, как правило, не выходят за рамки депрессивных реакций, коррелируют с интенсивностью шизоаффективной патологии. При исследовании конституционально-личностных особенностей с помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI) было выявлено, что личностные особенности обследованных пациентов не достигали степени психопатии (личностного расстройства),

однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности у 14 больных (28%), дистимический тип был выявлен в 40% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто тревожно-фобические расстройства встречались у лиц с дистимическим и тревожно-боязливым типами личности. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25% больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с застревающим типом личности в 75% случаев была выявлена депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5% случаев. Лёгкое депрессивное расстройство по шкале Гамильтона было выявлено у 2 пациенток с демонстративным типом личности. В остальных случаях у лиц с демонстративным типом личности было выявлено депрессивное расстройство средней степени тяжести. При тревожно-боязливом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. Среди всех обследованных эмотивный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести. В зависимости от типа личности пациенткам были присущи такие черты, как неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, недостаток инициативы, зависимость от порядка и авторитетов. Пациентки стремились к перфекционизму, предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к формированию чувства вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Так же была выявлена такая черта характера, как склонность к патологическому фантазированию и мечтательности (демонстрация большего благополучия, чем это есть на самом деле), которая, в свою очередь, обуславливала завышенную самооценку. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к

семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Твёрдая жизненная позиция, характерная для данного типа личности, позволяла сохранять высокий уровень общего чувства благополучия. Женщины с демонстративным типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали незначительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, в то время как объективные данные соответствовали степени тяжести аффективных расстройств. При наличии депрессии легкой степени тяжести женщины с демонстративным типом личности указывали на ухудшение физического здоровья и способность функционировать в повседневной жизни. Такая картина связана с наличием у женщин с демонстративным типом личности патологического фантазирования, завышением самооценки, замещением реальной жизни мечтой.

Выводы: таким образом, выявление эмоциональных нарушений и конституционально-типологических особенностей личности пациенток с патологией шизоаффективного регистра даёт возможности

определить более глубокий уровень тревоги и степень тяжести депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

Литература

1. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства. / Мосолов С.Н. М. 2007. - с. 58-69.
2. Смулевич А.Б. К эпидемиологической характеристике больных с тревожно-фобическими расстройствами / Смулевич А.Б., Гушанский И.Э., Ротштейн В.Г., Козырев В.Н.и др. // Тревога и обсессии М., 1998. - с. 54-65.
3. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А.Б. Смулевича. - М., 1997 - 308 с.
4. Бабарахимова С.Б., Саидхонова Ф.А. Исследование личностных особенностей женщин с депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра.// Материалы Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора А. А. Корнилова; Кемерово, 2016. С.18-21
5. Бологов П.В., О клинической дифференциации шизоаффективного психоза (в соавт. с В. И. Дикой, А. Н. Кореневым). //Материалы научно-практической конференции с международным участием «Аффективные и шизоаффективные психозы». Москва 1998. С.22-34.
6. Danileviciute V. Schizo affective disorder: clinical symptoms and present-day approach to treatment / V. Danileviciute // Medicine (Kaunas).- 2002-V. 38, № 11- P. 1057-1065.

Сведения об авторах

Саидхонова Ферузахон Аббасхоновна – магистрант третьего года обучения, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, г.Ташкент, Республика Узбекистан

Бабарахимова Сайёра Бориевна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. E-mail: sayorababaraximova2010@gmail.com

Сайдалиходжаева Д.Г.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Аннотация. Выявлена взаимосвязь между уровнем тревожности и наличием стрессогенных факторов как у первородящих, так и у повторнородящих беременных женщин на разных этапах гестации, влияние микросоциальной среды на формирование и выраженность тревожных нарушений как фактора риска угрозы прерывания беременности.

Ключевые слова: тревожные расстройства, депрессивные расстройства, беременные женщины.

Key words: anxiety disorders, depressive disorders, pregnant women.

Актуальность: психологическая готовность к материнству во многом определяет характер протекания беременности и родов и отношения привязанности матери и младенца [2,234]. Психоэмоциональные изменения выявляются у 80% беременных, причем 56% из них составляют депрессивные расстройства разной степени выраженности [1,10]. По результатам эпидемиологических исследований тревожные и депрессивные расстройства признаны самыми частыми нервно-психическими расстройствами у беременных женщин [3,18]. Психоэмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности, оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины [4,84]. Установлено, что частота возникновения тревожно-депрессивных расстройств повышается при беременности в подростковом возрасте и ранней юности, а также у беременных женщин с низким социально-экономическим статусом [5,226]. Несмотря на высокую распространенность психоэмоциональных изменений у беременных женщин, в большем количестве случаев они не диагностируются [6,236].

Целью исследования явилось определение уровня тревожности у первородящих и повторнородящих женщин в период беременности, изучение стрессогенных факторов, влияющих на их формирование, для разработки наиболее ранних способов психопрофилактики и коррекции психоэмоциональных изменений беременной женщины.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования явились 48 первородящих и 22 повторнородящих беременных женщин, состоящих на консультативном учете районной женской

консультации по поводу физиологически протекавшей беременности раннее не обращавшихся за медицинской помощью к психиатрам и невропатологам. Им был предложен опросник, составленный на основании структурированного интервью с беременными женщинами, в котором женщины отвечали на вопросы о сроке беременности, желанности беременности, отношениях в семье, своем самочувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. Для определения уровня тревожности была использована методика измерения личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга - Ю.Л. Ханина.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования уровня тревожности у беременных женщин можно увидеть, что среди беременных женщин, принявших участие в исследовании, женщины с таким уровнем тревожности как высокий встречаются одинаково часто как среди первородящих, так и повторнородящих женщин. Пациентки жаловались на сниженное настроение, к которому присоединялись или с которым сочетались тревожные переживания и страхи предстоящих трудностей, опасностей и изменений жизни. Тревожные переживания, в основном, были представлены состоянием тревожной гипотимии, то есть сниженным настроением, связанным с ожиданием опасности (в протекании родов, предстоящем материнстве и проблемами воспитания ожидаемого ребёнка). Страхи беременных женщин носили доминирующий характер. Они были связаны с реальной ситуацией, преобладали в сознании, вытесняя все другие мысли, и мешали сосредоточиться на текущей деятельности. При исследовании уровня тревожности у первородящих женщин с помощью методики Спилбергера-Ханина были получены следующие результаты:

Таблица 1. Уровень личностной тревожности у первородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=28)	II триместр (n=28)	III триместр (n=28)
Высокий	5	6	12
Умеренный	15	18	16
Низкий	8	4	-

Из приведенных данных видно, что у первородящих беременных женщин в первом триместре беременности наиболее часто отмечался умеренный уровень личностной тревожности (53,5%). В 17,8% случаев отмечался высокий уровень личностной тревожности и в 28,6%

случаев низкий уровень личностной тревожности.

Во втором триместре беременности умеренный уровень личностной тревожности отмечался в 64,2% случаев, так же было отмечено увеличение числа случаев с высокой тревожностью 21,4%, низкий уровень личностной тревожности встречался в 14,2% случаев.

В третьем триместре беременности низкий уровень личностной тревожности не регистрировался, отмечалось значительное увеличение количества женщин с высоким уровнем тревожности (42,8%), умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 57,1% случаев. На фоне тревоги некоторые пациентки переживали ипохондрические реакции.

Таблица 2. Уровень ситуативной тревожности у первородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=28)	II триместр (n=28)	III триместр (n=28)
Высокий	2	2	4
Умеренный	16	16	20
Низкий	10	10	4

Как видно из приведенных данных уровень ситуативной тревожности у первородящих беременных женщин на протяжении первого и второго семестра беременности не изменяется, так высокий уровень тревожности был выявлен в 7,1% случаев, умеренный уровень ситуативной тревожности в 57,1% случаев, низкий уровень ситуативной тревожности отмечался у 35,7% обследованных.

К третьему триместру значительно повышается количество первородящих женщин с умеренным уровнем ситуативной тревожности – 71,4% и с высоким уровнем тревожности – 14,2%, в то время как низкий уровень ситуативной тревожности встречался только у 14,2% обследованных. Это связано с приближением родов и рождением ребенка.

У первородящих женщин личностная тревожность, как правило, носила иррациональный характер. Тревога не имела под собой реальных событий или обстоятельств. Сами женщины это состояние описывали как чувство внутреннего напряжения, которое либо присутствовало постоянно, либо как бы «накатывало» неожиданно и продолжалось различные промежутки времени.

Пациентки отмечали появление у них язвительной придирчивости, мелочной критичности, что провоцировало конфликты с окружающими людьми, что еще больше снижало настроение. Пациентки,

желая отвлечься, «сбежать» от своих переживаний, а также от конфликтов, специально выбирали магазин в дальних районах от дома, планировали затяжной маршрут прогулки.

Анализ данных показал, что у повторнородящих женщин в первом триместре превалирует умеренный уровень личностной тревожности – 66,6%, низкий уровень тревоги был выявлен у 8,3% обследованных, высокий уровень личностной тревожности в 16,6% случаев (таблица 3).

Таблица 3. Уровень личностной тревожности у повторнородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=12)	II триместр (n=12)	III триместр (n=12)
Высокий	3	6	5
Умеренный	8	1	2
Низкий	1	5	5

Во втором триместре беременности преобладает высокий уровень тревожности – 50%, умеренный уровень тревожности выявлялся в 8,3% случаев, низкий уровень тревоги был выявлен у 41,6% обследованных.

В третьем триместре по сравнению с первым триместром значительно снижается количество женщин со средним уровнем тревожности до 16,7%, однако высокий уровень тревожности выявляется в 41,6% случаев.

Таблица 4. Уровень ситуативной тревожности у повторнородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=12)	II триместр (n=12)	III триместр (n=12)
Высокий	3	6	4
Умеренный	4	1	1
Низкий	5	5	7

В отношении ситуативной тревожности в I триместре у повторнородящих женщин преобладает низкий уровень – 41,6%, умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 33% случаев, в 25% случаев – высокий уровень.

Во II триместре у повторнородящих женщин преобладает высокий уровень личностной тревожности – 50% обследованных. Низкий уровень личностной тревожности отмечен в 41,6% случаев, умеренный уровень тревожности – в 8,3% случаев.

В III триместре низкий уровень тревожности составляет 58,3%,

высокий уровень тревожности уменьшается до 33,3%, умеренный уровень ситуативной тревожности встречался в 8,3% случаев.

У повторнородящих женщин тревога носила рациональный характер и была обусловлена реальными источниками: отягощенным анамнезом, неблагоприятно закончившимися предыдущими беременностями, наличием отклонений в течение данной беременности, тяжелым или ухудшенным соматическим состоянием самой женщины. Для большинства женщин тревожно-депрессивные переживания связаны с отношением к себе беременной (65%). Это может отражать неготовность этих женщин к изменениям в семейной и социальной сферах жизни, к принятию роли матери. Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью и материнством являются факторами риска прерывания беременности.

Анализируя влияние стрессогенных факторов на развитие тревожности у беременных женщин, было выявлено, что в первом триместре беременности как один из наиболее значимых стрессогенных факторов беременные женщины выделили изменение самочувствия, утомляемость, усталость.

Во втором триместре беременности среди стрессогенных факторов, связанных с повышением тревожности, можно выделить госпитализация в больницу, конфликты на работе, страх перед родами. Изменение собственного самочувствия не влияло на развитие личностной тревожности, это связано с тем, что женщина привыкает к своему положению. В третьем триместре беременности происходят существенные изменения. Все стрессогенные факторы положительно связаны с уровнем тревожности. Именно в третьем триместре женщины выделили наиболее значимым для себя стрессогенным фактором тревогу за будущего малыша. А все остальные факторы тем или иным образом могут сказаться на здоровье будущего ребенка, поэтому и вызывают повышенный уровень тревожности.

Для повторнородящих женщин среди стрессогенных факторов, влияющих на развитие тревоги, были отмечены – болезни старших детей, болезни родителей или мужа. У женщин, перенесших медицинский или самопроизвольный аборт, такие стрессогенные факторы, как тревога за малыша и госпитализация в больницу занимали ведущее положение на протяжении всей беременности. Общее эмоциональное состояние беременной женщины очень нестабильное, она постоянно думает о предстоящих родах, о своем здоровье и о здоровье будущего малыша, поэтому «плохой сон при беременно-

сти», «конфликты с начальством», «госпитализация в больницу», «повышенная усталость, утомляемость», «страх перед родами» – все влечет за собой повышение уровня тревожности.

Высокий уровень тревожности встречался у 67,5% беременных женщин, что говорит о проявлении состояния тревожности в разнообразных ситуациях. Это является нарушением эмоциональной сферы личности, свидетельствует о недостаточной приспособляемости человека к тем или иным социальным ситуациям. Такой уровень тревожности может дезорганизовать любую деятельность, что в свою очередь может привести к пониженной самооценке, неуверенности в себе, это состояние может выступать в качестве одного из механизмов развития невроза, так как способствует усугублению личностных противоречий. У 73% беременных женщин встречается средний уровень с тенденцией к высокой тревожности, что говорит о склонности беременной переживать тревогу, т.е. эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Повышенный порог тревожности объясняется тем, что на протяжении всей беременности происходят глобальные изменения в организме женщины, которые, отличаясь неопределенностью, вызывают тревожное состояние.

Выводы. Таким образом, идентификация беременности по уровню тревожности со страхом и беспокойством выявило, что эмоциональное состояние в первый триместр умеренно тревожное или депрессивное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, формирование высокого уровня тревожности в третьем триместре связано со страхами за исход беременности, родов и послеродовой период. Полученные данные исследования позволят разработать наиболее ранние способы психопрофилактики эмоциональных изменений беременной женщины.

Литература

1. Боровикова Н.В. Психологическая помощь беременным. //Русский медицинский журнал. – 2000. № 3. – с. 10.
2. Добряков И. В. Перинатальная психология: Питер; СПб.; 2010. –234с.
3. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18–27.
4. Селенина Н.Н. Психологические особенности представлений бе-

ременных женщин о своем состоянии и будущем родительстве /Селина Н.Н.//Семья и личность, Армавир, 2015.-83-87с.

5. Шамилова Н.В. Психологические причины нарушения адаптации к беременности и материнству/ Шамилова Н.В.//Проблемы современно-го педагогического образования, Ялта, 2016.- 226-232с.

6. Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. М.: Институт психологии РАН, 2002. 236с.

Сведения об авторе

Сайдалиходжаева Дилноза Гафуржановна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан. E-mail: a9262938@icloud.com

**Самойлова Д.Д., Пахомова С.А., Абросимова Ю.С.,
Колесниченко Е.В., Барыльник Ю.Б.**

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ШИЗОФРЕНИИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация. Основными материалами, представленными в статье, являются статистические данные основных клинико-эпидемиологических показателей заболеваемости, распространенности заболевания (болезненности) и инвалидности, вследствие шизофрении в Саратове и Саратовской области за 2005-2015 гг, в сравнении с аналогичными показателями по Российской Федерации за изучаемый период. Результаты проведенного исследования служат прогностическими показателями заболеваемости шизофренией, а также уровня инвалидизации. Полученные данные позволят разработать рекомендации для создания оптимальной модели психиатрической службы крупного региона.

Ключевые слова: болезненность, заболеваемость, инвалидизация, шизофрения.

Key words: prevalence, morbidity, disability, schizophrenia.

За последние годы в Российской Федерации (РФ) отмечались небольшое снижение абсолютного числа зарегистрированных больных, обратившихся за психоневрологической помощью, и снижение показателей общей заболеваемости психическими расстройствами, как в целом, так и в группе расстройств шизофренического спектра [1].

Однако, по данным экспертов ВОЗ к 2020 году, психические рас-

стройства (главным образом депрессивные) войдут в первую пятерку болезней, ведущих к потере трудоспособности, и обгонят в этом плане сердечно-сосудистые заболевания, до сих пор традиционно лидирующих в структуре заболеваемости населения Земли. Среди лидеров указывается и шизофрения. Ей отводится пятое место. За 15 лет число больных шизофренией в мире увеличилось на 30%. Как утверждает директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Т.Б. Дмитриева (2006) [4], каждый год на планете количество больных шизофренией увеличивается на 4,5 млн. чел. Россия в этом отношении выглядит неблагоприятно. По сравнению с 1990-ми годами количество пациентов психиатрических клиник в России увеличилось почти в два раза. Если в мире около 15% нуждаются в психиатрической помощи, то в России их число достигает 25%. По данным проведенных обзоров клинко-эпидемиологических исследований, следует отметить рост заболеваемости шизофренией в общем объеме нарастания психиатрической патологии [7].

Изучение распространенности шизофрении в настоящее время продолжает представлять значительные трудности, поскольку на выявление больных влияет множество факторов - репрезентативность выборки, различия диагностических подходов, доступность и качество работы психиатрических служб, а также особенности учета пациентов. По мнению Г.И. Каплана, Б.Дж. Сэдока (1994) достоверность эпидемиологических исследований шизофрении значительно снижается из-за отсутствия объективных методов диагностики, полноты выявления всех случаев заболевания в некоторых группах населения, нередко - невозможности установления истинной даты начала болезни и необходимости исследования разных возрастных групп для получения полной информации [5]. Изменение в последние годы в нашей стране принципов учета больных еще более осложнило ситуацию в эпидемиологических исследованиях шизофрении, давая достаточно большие основания для предположения о том, что часть пациентов остаются вне поля зрения психиатров [7].

Описанные обстоятельства, обусловили необходимость проведения эпидемиологического исследования, целью которого являлось изучение клинко-эпидемиологических показателей шизофрении у взрослого населения Саратовской области.

Были проанализированы показатели психического состояния населения Саратова и Саратовской области в динамике за 10 лет (2005-

2015 гг.): общая распространенность (болезненность) и первичная заболеваемость психическими расстройствами на примере шизофрении у взрослого населения. Наряду с этим было проведено сопоставление данных показателей с аналогичными по РФ. Эпидемиологические показатели получены при анализе ежегодных отчетов, данных официальной статистики о состоянии психиатрической помощи и психического здоровья населения Саратовской области за период с 2005 по 2015 гг.

Все расчеты и статистические оценки значимости полученных моделей выполнялись в среде MS Excel.

В ходе исследования показателя общей распространенности (болезненности) шизофрении в Саратове и Саратовской области, было отмечено, что за последние 10 лет число взятых под диспансерное наблюдение психически больных с диагнозом шизофрения незначительно уменьшилось с 505,3 до 500,8 (на 0,9%) по городу и с 376,0 до 367,7 (на 2,2%) по области в расчете на 100 тыс. населения. Полученные данные согласуются с тенденцией болезненности шизофрении по РФ у взрослого населения за тот же период, которая выглядит следующим образом: показатель также понизился к 2015 году – с 344,5 до 342,9 на 100 тыс. населения соответственно, т.е. на 0,5%.

Как следует из приведенных ниже данных (рисунок 1), в исследуемый период с 2005-2015 гг. общая распространенность шизофрении среди взрослого населения в Саратове и Саратовской области превышала значения данного показателя по РФ. В 2005 году уровень распространенности шизофрении в Саратове и Саратовской области превышал аналогичные данные по РФ на 31,8% и 8,4% соответственно. В 2015 г. данная тенденция сохранилась: превышение исследуемого показателя общей распространенности по городу и области составило 31,5% и 6,7% соответственно.

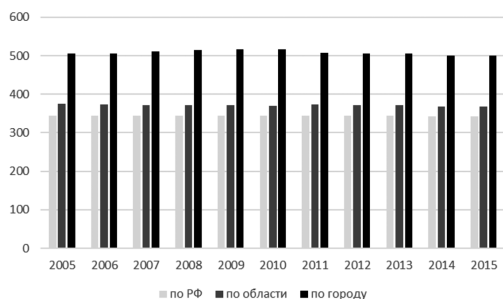


Рис. 1. Число больных с шизофренией (Саратов, Саратовская область, РФ) в 2005-2015 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

В период с 2005 по 2015 гг. показатель числа больных взрослого возраста с впервые установленным диагнозом шизофрения, взятых под диспансерное наблюдение по РФ оставался на одном уровне и составлял 10,8 на 100 тыс. населения. При этом в Саратове и Саратовской области на протяжении изучаемых 10 лет отмечались заметные колебания числа данной категории больных. Так, количество больных с шизофренией среди городского населения в большинстве случаев превышало данные по РФ. В начале рассматриваемого периода количество рассматриваемой категории больных по городу Саратову превышало показатель по РФ на 12,9%, тогда как показатель по Саратовской области полностью соответствовал данным РФ. К 2008 году ситуация резко изменилась за счет значительного повышения показателя больных, с впервые в жизни установленным диагнозом шизофрения, взятых под диспансерное наблюдение по городу и области. В этот период наблюдалось их обоюдное превышение данных по РФ: превышение по Саратовской области составило 4,4%, по Саратову - 32,1%. В последующие годы показатель заболеваемости шизофренией по области был ниже исследуемого показателя по РФ, в то время, как по городу продолжал колебаться. В целом, к 2015 году отмечена стабильность показателя заболеваемости шизофренией среди взрослого населения в РФ и динамика в виде снижения данного показателя по городу и области на 4,6% и 13% соответственно. Полученные данные по Саратову и Саратовской области свидетельствуют о снижении изучаемого показателя за последние 10 лет, по сравнению с аналогичными данными по РФ (рисунок 2).

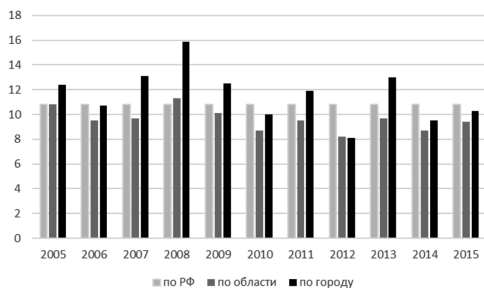


Рис. 2 Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом шизофрения, взятых под диспансерное наблюдение (Саратов, Саратовская область, РФ) в 2005-2015 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Еще одним важным эпидемиологическим показателем является инвалидность вследствие психического заболевания. Инвалидность

вследствие психических расстройств является одним из важнейших социальных аспектов психической заболеваемости и индикатором экономического ущерба от психических заболеваний [6].

Шизофрения входит в число 10 ведущих мировых причин инвалидности [8]. Так как инвалидность является одним из основных показателей здоровья населения, возникает необходимость разработки и усовершенствования мер по организации психиатрической помощи, которые должны быть направлены на профилактику инвалидности и реабилитацию инвалидов. Прогнозирование уровня инвалидности по психическим расстройствам позволяет как создать основу для организации психиатрической службы, так и оценить эффективность ее работы за определенный период [3].

Шизофрения является наиболее частой причиной инвалидизации и составляет от 43 до 52% в структуре инвалидности вследствие всех психических расстройств в Российской Федерации [2].

По данным бюро медико-социальной экспертизы психиатрического профиля в Саратовской области в динамике с 2005 по 2015 гг., отмечается уменьшение количества инвалидов вследствие шизофрении. Удельный вес пациентов с впервые установленной инвалидностью вследствие шизофрении в структуре класса психических расстройств довольно высокий и составляет в среднем за 10 лет в Саратовской области 41,1%.

В рассматриваемый период, число больных с шизофренией, имеющих впервые установленную группу инвалидности, в Саратовской области снизилось с 293 до 192 – т.е. на 34,5% (для сравнения, по РФ в целом, снижение аналогичного показателя составило 21,4%).

При анализе числа пациентов с повторно подтвержденной инвалидностью в динамике за 10 лет выявлено, что в период с 2005 по 2015 гг. отмечалось их постепенное снижение с 1846 до 755 человек, т.е. на 59,1%, что составило более чем в половину. Описанная динамика может быть связана с появлением и использованием во врачебной практике все большего числа современных атипичных антипсихотиков, что позволяет улучшить результаты лечения шизофрении, повысить качество жизни и социальное функционирование пациентов, а также снизить процент повторных госпитализаций.

Динамика инвалидности по шизофрении на территории Саратовской области за период с 2005 по 2015 гг. представлена на рисунке 3.

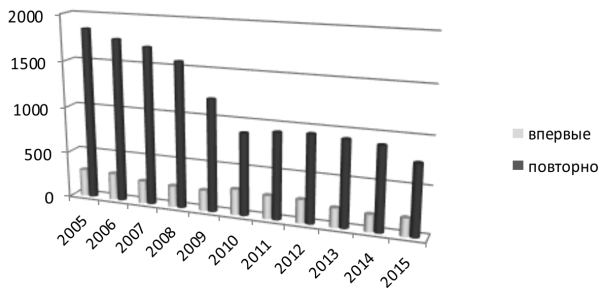


Рис. 3. Динамика инвалидности с диагнозом шизофрении на территории Саратовской области за период с 2005 по 2015 гг.

Анализ основных клинико-эпидемиологических показателей шизофрении у взрослого населения Саратова и Саратовской области дал возможность получить важные данные, которые позволяют определить виды и организационные формы психиатрической помощи данной категории пациентов. Анализ динамики инвалидизации при шизофрении в Саратовской области и Российской Федерации за 10 лет позволяет разработать современные подходы комплексной медико-социальной реабилитации данной категории пациентов и является необходимой основой для предупреждения инвалидности и повышения эффективности реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Ахмерова И.Ю., Валинуров Р.Г., Зайнуллина А.Г. Анализ заболеваемости шизофренией в Республике Башкортостан // *Общественное здоровье и организация здравоохранения*. – 2011. – С. 6–9.
2. Бочеева Е.А. Анализ первичной инвалидности вследствие шизофрении по обращаемости в БМСЭ Ростовской области в динамике за 2006–2010 гг. // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. – М., 2012. – № 1. – С. 69–72.
3. Ганиханов А.А. Оценка динамики и прогноз инвалидности по психическим расстройствам в Республике Узбекистан на 2009–2011 гг. // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – 2008. – № 1. – С. 51–53.
4. Дмитриева Т.Б. Проблемы и перспективы судебно-психиатрической службы в Российской Федерации // *Российский психиатрический журнал*. – М. – 2006. – №2. – С. 4–9.
5. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. *Клиническая психиатрия*. – Том 1. – М.: Медицина, 1994. — 672 с.
6. Лиманкин О.В. Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические и организационные аспекты): авторефе-

рат дис. ... доктора медицинских наук: 14.01.06 / Лиманкин Олег Васильевич; [Место защиты: ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»] Москва, 2016. – 47 с.

7. Узлов Н.Д. Шизофрения как клинический и культурный феномен: к проблеме шизофренизации массового сознания Монография. – Пермь, 2009. – 369 с.

8. Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. Am J Psychiatry. 2005; 162:2220–2232.

Сведения об авторах

Самойлова Дарья Дмитриевна - к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. E-mail: ddkarelina@mail.ru

Пахомова Светлана Александровна - к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Абросимова Юлия Сергеевна - к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Колесниченко Елена Владимировна - к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Барыльник Юлия Борисовна - д.м.н., заведующая кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Сердюк О.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Аннотация. Население России и всего мира постепенно старится, эпидемиологические показатели встречаемости психических расстройств у пожилых постоянно возрастают. Проведена эпидемиологическая оценка поздних психических расстройств в Свердловской области за последние 20 лет, выявлен выраженный рост случаев поздних психических расстройств в общей популяции психически больных.

Ключевые слова: распространенность психических расстройств позднего возраста

Key words: epidemiology of mental disorders later age

Введение. Население России и всего мира неуклонно старится, что находит отражение в демографических показателях: естественной убыли, старении населения. По прогнозам экспертов, доля лиц старшего возраста к 2025 г. составит 9,7% всего населения Земли [1-8]. Демографические процессы, происходящие в передовых государствах Европы, Азии и США, свойственны нашей стране [1,4,5,6,8]. Одной из наиболее характерных черт глобального старения населения является выраженный рост числа людей 75 лет и старше в популяции пожилых людей [2-5, 6-9].

С увеличением возраста населения встречаемость психических расстройств, свойственных старшему периоду жизни, возрастает [2,4, 10-17]. Эпидемиологические данные демонстрируют достоверно большую заболеваемость со значимым ежегодным приростом новых случаев психических расстройств в пожилом возрасте в сравнении с когортой 18-59 лет [10-15]. По данным отечественных клинико-эпидемиологических исследований, более 80% пожилых лиц из общей популяции страдают разнообразными психическими расстройствами [4,11-13]. В современном российском городе распространенность психических расстройств среди пожилых горожан в два раза превышает показатели 80-90-х годов прошлого века [13,15]. По прогнозам отечественных и зарубежных исследователей, усугубление демографической старости и рост экономического, социального бремени возраст-специфических психических расстройств неизбежны в ближайшие десятилетия [2,3,5,8,13,15].

Наиболее распространенными (суммарно до 29-30%) в старших популяциях оказались психические расстройства непсихотического уровня, обусловленные разнообразной органической патологией центральной нервной системы, аффективные заболевания различного генеза были выявлены у 23,2 % обследованных, нарушения памяти различной степени выраженности суммарно отмечены у 27,4% обследованного населения в возрасте 60 лет и старше [6-8,12,13,15]. Результаты исследований показывают достоверный рост показателей болезненности шизофренией и острыми психозами как в общей популяции пожилых, так и среди 60-69-летних госпитализированных в общесоматические стационары [10,17,18,19]. У госпитализированных старше 65 лет в 15-74% после оперативных вмешательств, в 60-80% случаях пребывания в отделениях интенсивной терапии, в 60% проживания в домах престарелых и, по крайней мере, у 80% пожилых лиц в конце жизни развивается делирий [20-24]. Самосто-

ятельной медицинской и социальной проблемой являются тяжелые когнитивные расстройства пожилых. По данным ВОЗ [2,3], в 2005 г. деменцией страдали 0,379%, в 2015 году - 0,441% мирового населения, еще больший процент населения, 0,556 %, может быть поражен болезнью к 2030 г. В России в 2006 г. проживало 1 млн 850 тысяч людей, страдающих деменцией: из них 1 млн 126 тысяч с легкой степенью и 724 тысячи с умеренной и тяжелой степенью заболевания [6]. Актуализируя проблемы деменции, авторы указывают на ее сопряженность с высоким уровнем смертности [22-25]. В докладе ВОЗ о состоянии здоровья и здравоохранения в Европе смертность по причине болезни Альцгеймера и других деменций достигает показателя 0,28 на миллион населения, что составляет 3,4%, занимая при этом 6-7-е место в общей структуре смертности [2].

Психические расстройства позднего возраста, практически вне зависимости от их этиологии, выражено и стойко дезадаптируя самого больного, оказывают огромную нагрузку на родственников пациента, медицинский персонал, детерминируя потребность в специальной организованной помощи [26-33].

Таким образом, увеличение в демографической структуре популяции лиц старших возрастных групп, рост числа психических расстройств, ассоциированных с поздним возрастом, значительные финансовые затраты семей этих больных и государства, связанные с данными расстройствами, актуализируют изучение психических расстройств пожилых.

Цель настоящего исследования: эпидемиологический анализ поздних психических расстройств в Свердловской области.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились данные «Отчетов о заболеваниях психическим расстройством» Свердловской области (форма №10 государственной статистической отчетности «годовая») с 1995 по 2015 годы, ежегодных отчетов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области (Свердловскстат). Применены эпидемиологический и статистический методы.

Обсуждение. Анализ показателей ежегодных годовых отчетов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области показал, что демографические процессы в Свердловской области соответствуют общемировой демографической динамике. Ежегодный прирост доли лиц старших возрастных групп в общей структуре популяции, начиная с 2010 года,

наращивает темпы с ежегодным статистически значимым ускорением (Таб.1).

Таблица 1. Доля лиц старших возрастных групп в общей популяции Свердловской области

Год	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Доля лиц старше трудоспособного возраста	20,4 %	20,7 %	20,5 %	22,4 %*	23,0 %	23,4 %	23,8 %	24,2 %*	26,6 %*

* $p < 0,5$

Статистические сведения, указанные в годовой форме № 10 «Отчета о заболеваниях психическим расстройством» Свердловской области показывают неуклонный рост доли лиц старше 60 лет, страдающих психическими расстройствами в общей популяции лиц, зарегистрированных в психиатрической службе. Проанализированы ежегодные отчеты службы за последние 20 лет (с 1995 по 2015 год), выявлено, что прирост удельного веса пожилых лиц с психической патологией увеличился практически вдвое, с 13,6% в 1995 году до 23,6% в 2015 году. Среди лиц с впервые установленным диагнозом произошел еще более значимый прирост пожилых больных: с 10,8% в 1995 году до 21,8% в 2015 году (Таб.2).

Таблица 2. Удельный вес поздних психических расстройств в общем числе психических расстройств.

Год	1995	2000	2005	2010	2012	2013	2014	2015
Доля больных старше 60 лет, зарегистрированных в течение года	13,56 %	13,03 %	13,89 %	17,01 %*	21,08 %*	21,74 %	22,71 %*	23,62 %*
Доля больных старше 60 лет с впервые установленным диагнозом	10,78 %	10,19 %	15,68 %*	20,39 %*	24,77 %*	24,49 %	23,89 %	21,78 %

* $p < 0,5$

Анализ структуры причин обращаемости за психиатрической помощью выявил прирост числа зарегистрированных в течение года случаев психических расстройств различной этиологии, так и случаев первичного обращения пожилыми гражданами за психиатрической помощью (Таб.3).

Таблица 3. Доля поздних психических расстройств в общей структуре зарегистрированных психических расстройств.

Год	1995		2000		2005		2010		2015	
	% лиц > 60 лет от зарегистрир	% лиц > 60 лет от зарегистр впервые	% лиц > 60 лет от числа зарегистр	% лиц > 60 лет от зарегистр впервые	% лиц > 60 лет от числа зарегистр	% лиц > 60 лет от зарегистр впервые	% лиц > 60 лет от числа зарегистр	% лиц > 60 лет от зарегистр впервые	% лиц > 60 лет от числа зарегистр	% лиц > 60 лет от зарегистр впервые
Психозы	25,04 %	28,77 %	24,61 %	24,9 %	26,28 %	33,13 %	53,78 %	61,9 %	75,95 %	79,44 %
Шизофрения	17,5 %	9,53 %	20,5 %	3,0 %	16,38 %	4,25 %	18,35 %	12,46 %	24,1 %	8,58 %
Аффективные психозы	Учтены в группе психозов	Учтены в группе психозов	31,41 %	31,39 %	21,84 %	7,04 %	41,93 %	24,39 %	47,49 %	50,0 %
Невротические расстройства	8,13 %	5,38 %	8,03 %	6,74 %	11,98	9,52 %	43,64 %	10,50 %	19,12 %	15,77 %

Показатели повторной и первичной обращаемости по основным видам психической патологии (органические и аффективные психозы, шизофрения, невротические расстройства) показывают интенсивный прирост случаев геронтологических обращений, что свидетельствует о влиянии демографических процессов на медицинскую практику.

Выводы. Динамическая оценка социально-демографических показателей Свердловской области и эпидемиологическая оценка поздних психических расстройств в Свердловской области за период с 1995 по 2015 годы показала значимый рост случаев психических расстройств в общей популяции психически больных, увеличение пожилых лиц среди впервые обратившихся за психиатрической помощью, что нашло отражение в общей эпидемиологической динамике наиболее значимых форм психической патологии.

Литература

1. Здоровье пожилых: Докл. Комитета экспертов ВОЗ. – Женева: Всемир. орг. здравоохранения, 2015 – 96 с.
2. Доклад научной группы ВОЗ 8441: «Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения».

– Европейское региональное бюро ВОЗ. Женева: ВОЗ, 2015

3. Материалы международного семинара «Современная демография». - М.: МЗМПРФ, 2012

4. Заридзе Д. Сверхвысокая смертность населения России//Мед. вестник. - 2006. - № 18. - С. 4-5.

5. Сиденкова А.П., Сердюк О.В.. Психические расстройства позднего возраста: социально-демографические и эпидемиологические корреляции// Уральский медицинский журнал № 8 (141). 2016.

6. Случевская С.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге: автореф. дис. ...канд. мед. наук 14.00.18 / Случевская София Федоровна. - С-П., 2008. – 28 с.

7. Сиденкова А.П. Когнитивные расстройства позднего возраста - актуальная медицинская, социальная, психологическая проблема современности// Уральский медицинский журнал. 2010. № 9. С. 6-9.

8. Семке А.В., Сиденкова А.П. Анализ распространенности и последствий когнитивных расстройств у лиц старших групп в Свердловской области//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 6.

9. Статистический бюллетень Росстат. – М., 2014

10. Свердловская область 2003-2007г. // Статистический сборник.- Екатеринбург, 2008. – 254 с.

11. Сиденкова А.П., Семке А.В.. Психосоциальные причины низкой выявляемости и поздней диагностики когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008. № 4. С. 11-14.

12. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии / И.С. Гаврилова // Социальная и клиническая психиатрия. – М. – 2006. - Т 16 (3). - С. 5-11.

13. Зозуля Т.К. Эпидемиологическое исследование психически больных пожилого и старческого возраста и вопросы организации медико-социальной помощи: автореф. дис. ... доктора мед.наук 14.00.18 / Зозуля Татьяна Викторовна. - Москва. -1998. - . 45 С.

14. Сиденкова А.П. Особенности идентификации психических расстройств позднего возраста / А.П. Сиденкова // Российский психиатрический журнал. - 2009. - № 1. С. 44-49.

15. Сафарова Т.П. Структура психической заболеваемости пациентов пожилого возраста, впервые обратившихся в психоневрологический диспансер и в городскую поликлинику / Т.П. Сафарова, В.С. Шешенин // Клин. геронтол. - 2007. - № 9. - С.56.

16. Мякотных В.С., Березина Д.А., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Гаврилов И.В. Некоторые медико-психологические особенности процесса старения женщин//Вестник Уральской медицинской академической науки. 2014. № 1 (47). С. 75-78.

17. Мякотных В.С., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Березина Д.А.

Медицинские, психологические, социальные, гендерные аспекты старения в современной России//Успехи геронтологии. 2014. Т. 27. № 2. С.302-309.

18. Семке А.В., Сиденкова А.П., Жмудь М.В., Потемкин Б.Е.. Судебно-психиатрическая экспертиза поздних деменций// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 4. С. 48-50.

19. Казаковцев Б.А., Поташева А.П., Сиденкова А.П.. Бригадные формы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации// Психическое Здоровье. 2006. № 1. С. 15.

20. Захаров В. Взаимосвязь когнитивных и первичных сенсорных нарушений в пожилом возрасте / В. Захаров // Врач. – 2010. - № 5. – репринт . – 4с.

21. Сиденкова А.П. Динамический анализ социально-психологических факторов комплаенса длительной противодементной терапии// Психиатрия 2016 №1 (69) С.27-34

22. Withanage A.N. Abstracts of the XXI World Congress of Neurology Dementia, delirium and aggressive behaviour (AB) among hospitalised elderly / A.N. Withanage, S. Wass, A. Foy // Journal of the Neurological Sciences. – 2013. – Vol. 333 (1). – P. 293.

23. Соколова И.В., Сиденкова А.П., Семке А.В. Комплексная диагностика и терапия деменций с бредом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 1 (90). С. 54-58.

24. Rockwood K. Alzheimer's Association International Conference 2013 Detection of distinct neuropsychiatric symptom clusters at early-versus late-stages of Alzheimer's disease / K. Rockwood, A. Mitnitski, M. Richard et. al. // Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association. – 2013. – Vol. 9 (4). – P. 664-665.

25. Сиденкова А.П. Психосоциальные причины низкой выявляемости и поздней диагностики когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп / А.П. Сиденкова, А.В. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2008. - № 4 (51). - С. 11-14.

26. Sahathevan R. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review / R. Sahathevan, A. Brodtmann, G.A. Donnan // International Journal of Stroke 2012. - Vol. 7. - Issue 1. - P.61-73

27. Сиденкова А.П. Деменции позднего возраста с позиций системного подхода. Психосоциальная модель поздних деменций / А.П. Сиденкова // Уральский медицинский журнал. – 2011. - № 11. - С. 44-48.

28. Salman K. Лечение психоза у лиц пожилого возраста / К. Salman, E. J. Byrne // Advances in Psychiatric Treatment. - 2005. – Vol. 11. – P. 286–296.

29. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций: дис. ... д-ра мед. наук 14.01.06 / Сиденкова Алена Петровна. – Томск, 2010. – 440

30. Сиденкова А.П.. Психосоциальная модель поздних деменций

Автореферат диссертации на соиск. Уч.ст.д.м.н./ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. Томск, 2010

31. Сиденкова А.П., Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А. Алгоритмы межведомственного взаимодействия при оказании помощи горожанам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами // Психическое здоровье. – 2016. – Т 14, №2 (117). – С. 13 – 19.

32. World Health Organization Neurological Disorders: Public Health Challenges. — Switzerland: World Health Organization, 2006. — С. 204–207.

33. Сиденкова А.П. Факторы, влияющие на приверженность противодementной терапии//Уральский Медицинский Журнал. 2014. № 7.

Сведения об авторе

Сердюк Олег Викторович - врач ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г.Екатеринбург. E-mail: sidenkovs@mail.ru

Титев О.Н., Колесниченко Е.В.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Аннотация. Современное обучение в медицинских вузах предъявляет высокие требования к студентам, в том числе к состоянию их здоровья. Было проведено анонимное анкетирование студентов 5 курса ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России. Обучающимся предлагалось ответить на вопросы, касающиеся их отношения к здоровому образу жизни, режиму дня и режиму сна, рациональному питанию, приверженности вредным привычкам. По результатам исследования было выявлено, что большинство студентов-медиков стараются придерживаться правил здорового образа жизни, но мало времени уделяют физической активности. Достаточное количество старшекурсников часто употребляет в пищу фаст-фуд и имеет приверженность к вредным привычкам. Так, 16% студентов курят ежедневно, 35% студентов употребляют алкоголь еженедельно или несколько раз в месяц.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, вредные привычки, студенты-медики

Здоровье – бесценный дар, потеряв его в молодости, не найдешь до самой старости. Именно так звучит народная мудрость. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) молодые люди от 16 до 29 лет составляют около 30% всего населения земного шара.

Заболеваемость данной категории населения неизменно увеличивается, а смертность от неинфекционных заболеваний постоянно растёт. Причиной большинства неинфекционных заболеваний является отсутствие личного стремления молодёжи к формированию здорового образа жизни.

В современном обществе значимость ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни и понимание необходимости его формирования у населения отражены в таких государственных документах, как федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приоритетный национальный проект «Здоровье», законы Российской Федерации «Об образовании», «О физической культуре и спорте в РФ», концепция демографической политики РФ на период до 2025 года.

По определению специалистов ВОЗ, здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. Поэтому принято оценивать и изучать состояние здоровья с разных сторон: сфера биологии и медицины; физкультуры и спорта; психологических наук.

Вместе с тем неблагоприятные условия жизни приводят к различным отклонениям в нравственном и физическом здоровье подрастающего поколения, появлению ряда социальных проблем, связанных с увлечением молодых людей табакокурением и алкоголем, употреблением наркотических и психоактивных веществ, которые приобретают глобальные катастрофические масштабы. Из этого следует, что для молодёжи необходимо формировать ценностное отношение к здоровому образу жизни, оказывать помощь в поиске ценностных ориентиров для ведения здорового образа жизни.

Ориентированность молодёжи на ведение здорового образа жизни зависит от множества условий. Это и объективные общественные, социально-экономические условия, позволяющих вести, осуществлять здоровый образ жизни в основных сферах жизнедеятельности (учебной, трудовой, семейно-бытовой, досуга), и система ценностных отношений, направляющая сознательную активность молодых людей в русло именно этого образа жизни.

Актуальность проблемы формирования здорового образа жизни в молодёжной среде обусловлена, прежде всего, критическим состоянием физического и духовного развития молодого поколения. При-

чинами нарушений здоровья являются как факторы внешней среды (неблагоприятные экологические факторы), так и факторы риска, имеющие поведенческую основу. Молодые люди готовы воспринимать все новое и непознанное, не задумываясь о последствиях. При этом они еще идеологически неустойчивы, и в их умы легко внедрить как положительный, так и отрицательный образ. Когда нет положительной альтернативы, то идеологический вакуум заполняется наркотиками, табакокурением, алкоголизмом и другими вредными привычками.

От того, как формируются навыки здорового образа жизни в юности, во многом зависит, насколько раскроется потенциал личности в будущем. Этим должна определяться деятельность специалистов образовательных учреждений, а также учреждений здравоохранения в воспитании культуры здоровья молодёжи.

Здоровье студентов имеет большое медико-социальное значение, так как им предстоит реализовывать такие важнейшие социальные функции общества, как профессионально-трудовая, репродуктивная, интеллектуальная, нравственная и др. (Mulatu M.S., Schooler C., 2002; Косолапов А.Б., 2002). И в первую очередь это относится к студентам медицинского вуза - будущим специалистам в области здравоохранения, одной из задач профессиональной деятельности которых является формирование нравственного и физического здоровья нашего общества. Врачу до каждого жителя нашей страны необходимо довести информацию о здоровом образе жизни, мерах профилактики, а также о правильном лечении уже выявленных заболеваний. Следует быстро и доступно разъяснить, что именно каждый может сделать для сохранения своего здоровья.

Важным стимулом для получения человеком знаний по вопросам ЗОЖ, способствующим сохранению здоровья, является понимание своей низкой осведомленности в этой области, поэтому крайне важно выяснить реальный уровень информированности студентов.

Цель: изучить отношение студентов-медиков к здоровому образу жизни.

Материалы и методы. Было проведено анонимное анкетирование 105 студентов (84 девушек и 21 юноши) 5 курса лечебного и педиатрического факультетов ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России. Средний возраст опрошенных составил $21,7 \pm 0,85$ лет. Минимальный возраст респондентов составил 19 лет, максимальный – 25 лет. Студентам предлагалось заполнить

анкету из 17 вопросов, как тестовых (с выбором одного варианта ответа), так и развернутых письменных ответов, отражающих отношение обучающихся к здоровому образу жизни.

Результаты и обсуждение. На первый вопрос было предложено ответить, что по мнению студентов означает здоровый образ жизни. Большинство опрошенных (85,7%) считают, что это рациональное сбалансированное питание, отказ от вредных привычек, регулярные занятия спортом. Остальные опрошенные указали, что здоровый образ жизни – это отсутствие постоянного стресса, интеллектуальная деятельность, полноценный сон, рациональный режим дня.

Далее обучающимся предлагалось ответить об отношении к здоровому образу жизни. 92 опрошенных (87,6%) рассматривают ЗОЖ положительно, 13 (12,4%) – скорее положительно.

Следующим этапом респондентам был представлен вопрос об оценке состояния своего здоровья. 52 студента (49,5%) ответили, что имеют хорошее здоровье, 47 опрошенных (44,8%) расценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное, 6 студентов (5,7%) как плохое.

При выяснении вопроса о частоте занятий спортом и посещении спортивных секций 30 обучающихся (28,5%) ответили, что 2-3 раза в неделю занимаются различными видами спорта и посещают фитнес-клубы, 58 респондентов (55,2%) занимаются спортом время от времени, 17 опрошенных (16,2%) – никогда. Уточняя, как часто студенты выполняют спортивную зарядку, 56 студентов (53,3%) – никогда не занимаются утренней зарядкой, 33 опрошенных (31,5%) выполняют спортивную зарядку время от времени, 16 обучающихся (15,2%) – 2-3 раза в неделю.

Следующим пунктом анкеты явилась серия вопросов о питании. Первым этапом, мы выяснили, как часто пятикурсники употребляют фаст-фуд. 42 респондента (40%) отметили, что питаются «быстрой» едой раз в месяц, 23 (21,9%) обучающихся – раз в год, 40 (38,1%) – раз в неделю. Далее, студентам было представлено высказаться каждый ли день они завтракают. 36 (34,3%) опрошенных ответили что не завтракают каждый день, тогда как 69 (65,7%) регулярно питаются каждое утро. Кроме того, 23 студента (21,9%) не стараются питаться правильно, в то время как 82 (78,1%) учащихся всячески стремятся соблюдать правильный рацион питания. Большинство опрошенных правильным считают рациональное, дробное питание малыми порциями, сбалансированное по поступлению белков, жиров, углеводов,

богатое витаминами и микроэлементами.

Далее мы выяснили, какая продолжительность сна у старшекурсников. На вопрос «Во сколько Вы ложитесь спать в дни учебы» респонденты в среднем ответили в 00:00, минимальное время отхода ко сну в 21:00, максимальное в 03:00. Следующим был вопрос «Во сколько вы просыпаетесь утром в дни учебы». В среднем, студенты ответили, что просыпаются в 07:00, минимальное время пробуждения в 05:00, максимальное – в 08:00.

Следующим этапом, мы уточнили, работают ли наши респонденты параллельно учебе. 25 студентов (23,8%) из числа опрошенных работают по настоящее время, у 16 из них работа связана с ночными дежурствами.

Далее мы выяснили отношение молодых людей к вредным привычкам и в частности к табакокурению. 17 опрошенных (16,2%) признались, что ежедневно курят сигареты. На вопрос «Как часто Вы употребляете алкоголь» 16 (15,2%) обучающихся употребляют алкогольные напитки раз в неделю, 21 (20%) студентов - несколько раз в месяц, 68 (64,8%) – один раз в месяц и реже.

Факторами, связанными непосредственно с учебой в университете, негативно влияющими на состояние здоровья студенты считают малое количество точек, а в тех, которые сохранились, – низкое качество и высокая стоимость горячего питания в университете, постоянные переезды из корпуса в корпус, стрессы на зачетах и экзаменах, гиподинамию, большой объем учебного материала.

Очень примечательно, что на вопрос «Что Вы хотели бы изменить в Вашей жизни, чтобы сохранить или улучшить состояние Вашего здоровья» почти половина опрошенных ответили, что хотели бы начать заниматься спортом, увеличить физические нагрузки, больше времени проводить на свежем воздухе. Среди остальных ответов отмечается изменение режима и рациона питания, изменение материального положения, в частности, увеличение стипендии, снижение психоэмоциональных перегрузок, устройство на работу.

Заключение. Несмотря на тот факт, что почти все обучающиеся хорошо понимают, что означает здоровый образ жизни, результаты анкетирования показывают, что мало кто из студентов занимается спортом. Достаточное количество старшекурсников часто употребляет в пищу фаст-фуд и имеет приверженность к вредным привычкам. Так, 16% студентов курят ежедневно, 35% студентов употребляют алкоголь еженедельно или несколько раз в месяц.

Студенчество характеризуется повышенным уровнем риска заболеваний в связи с большой психоэмоциональной и умственной нагрузкой, большим объемом учебного материала, необходимостью адаптации к новым условиям проживания и обучения, поиска дополнительных источников заработка, формированием особых межличностных отношений вне семьи. Но не столько неблагоприятные условия ответственны за ухудшение здоровья, сколько индивидуальный образ жизни студентов, поддерживающий или разрушающий их жизненные силы.

Сохранить физический, личностный, эмоциональный, социальный и другие компоненты здоровья возможно при правильной организации и соблюдении индивидуального стиля жизни, соответствующего научным представлениям о здоровье, то есть путем формирования здорового образа жизни.

Литература

1. Байер К. Здоровый образ жизни / К. Байер, Л. Шейнберг. М. : Мир, 1997.-368 с.
2. Вайнер, Э.Н. Валеология / Э.Н. Вайнер. М.: Флинта: Наука, 2001. -416с.
3. Вершинин Е.Г. Мотивация ценностного отношения к здоровому образу жизни студентов медицинского вуза. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Волгоград 1989. - 24с.
4. Квасов С.Е., Изуткин Д. А. Факторы образа жизни и здоровье студентов за период их обучения в вузе // Сов. Здравоохранение. 1990. - № 11. - С.26-30.
5. Ляхович А.В., Маркова А.И. Образ жизни учащейся молодежи в аспекте здоровья. //Гигиена и санитария. 1994. - № 7. - С. 47-50.
6. Новиков Б.И. Здоровье и физическое состояние в системе ценностей студенческой молодежи // Физкультура и здоровье студентов: Сб. науч. тр. / МГУ им. М.В. Ломоносова; Под ред. Е.Д. Хомской, М.М. Рыжака. М., 1988. - С.27-34.
7. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году: Государственный доклад.–М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2016.–200 с.

Сведения об авторах

Титев Олег Николаевич – студент 5 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов. E-mail: 79179887388@yandex.ru

Колесниченко Елена Владимировна – к.м.н., доцент кафедры

психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГ-БОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов. E-mail: elena7610@yandex.ru

Федорова П.С., Плаксин А.Н.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ УМСТВЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Аннотация. Статья посвящена проблеме нарушений в эмоциональной сфере, имеющих у лиц с ограниченными умственными возможностями, и специфике социально-психологических методов, используемых для коррекции.

Вопрос об особенностях эмоциональной сферы лиц с ограниченными умственными возможностями является одной из актуальных проблем в сфере коррекционной педагогики и специальной психологии. Эмоциональная сфера оказывает значительное влияние на процессы познания, а также представляет собой основу эмоционального интеллекта. Под эмоциональным интеллектом понимается комплекс индивидуальных способностей или черт, «отвечающего» за то, насколько влияние эмоциональных явлений окажется конструктивным или деструктивным для поведения человека [1,24]. По мнению ряда ученых, эмоциональный интеллект включает в себя оценку и выражение своих эмоциональных явлений, а также невербальное восприятие эмоций других людей, эмпатию; саморегуляцию и регуляцию эмоциональных явлений других людей; использование эмоциональных явлений в планировании, мышлении, внимании, мотивации [2,18]. Другие исследователи выделяют такие компоненты эмоционального интеллекта, как восприятие и выражение эмоций; усиление мышления с помощью эмоций; понимание эмоций; управление эмоциями [3,48]. Эмоции являются жизненно необходимым образованием для человека, так как представляют собой механизм приспособления к среде, что особенно актуально для инвалидов. Учитывая структурный состав данного комплекса, можно заключить, что он достаточно значим в обеспечении успешного процесса адаптации лиц с ограниченными умственными возможностями в социуме. Нахождение эффективных способов, методов коррекции эмоциональной сфе-

ры у данного контингента напрямую влияет на успешность реабилитационной деятельности и, в конечном счете, интеграцию инвалидов в общество.

Симптомы эмоциональных нарушений разнообразны и многочисленны, но можно выделить пять основных типов патологического эмоционального реагирования:

– кататимный тип – обычно возникает в стрессовых ситуациях, патологические эмоциональные реакции относительно кратковременны, изменчивы, психогенно обусловлены (неврозы и реактивные психозы);

– голотимный тип – характерна эндогенная обусловленность (первично нарушение настроения, которое проявляется полярностью эмоциональных состояний, их устойчивостью и периодичностью появления);

– паратимный тип – характеризуется диссоциацией нарушением единства эмоциональной сферы между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности;

– взрывчатый тип – отличается сочетанием инертности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью (признаки пароксизмальности) доминирует злобно-тоскливое или экстатически-приподнятое настроение (эпилепсия, органические заболевания мозга);

– дементный тип – сочетается с нарастающими признаками слабоумия не критичности, расторможенности низших влечений на фоне благодушия, эйфории или апатии, безразличия. Колебания фона настроения в нормальном диапазоне, то есть отсутствие депрессивного или приподнятого настроения, обычно обозначается термином «эутичное настроение».

При рассмотрении патологии эмоциональной сферы важное практическое значение имеют:

– гипотимия – сниженное настроение, переживание подавленности, тоски безысходности. Внимание фиксируется только на отрицательных событиях настоящего, вспоминаемого прошлого и представляемого будущего.

– гипертимия – повышенное веселое, радостное настроение с приливом бодрости, энергичности и переоценкой собственных возможностей.

– маниакальный синдром (мания), которая характеризуется маниакальной триадой: гипертимией, ускорением мышления и двигатель-

ным возбуждением со стремлением к деятельности. Настроение у больных приподнятое, радостное (маниакальный аффект). Они много говорят, жестикулируют, переоценивают свои возможности.

– эйфория, для которой характерны благодущие и беспечность, сочетающиеся с пассивностью (тихая радость). Она чаще наблюдается при органических заболеваниях мозга на фоне более или менее выраженного слабоумия.

– мория – эйфория с дурашливым двигательным возбуждением, склонность к грубым шуткам. Наблюдается при поражении лобных отделов мозга на фоне слабоумия.

– экстаз – переживание восторга и необычного счастья со своеобразным (погружением).

– экзальтация – приподнятое настроение, где более заметен не сам аффект, а ощущение прилива энергии, бодрости и повышения активности.

– паратимия – неадекватный аффект, извращение аффективности, когда больные радуются по поводу грустных событий и наоборот. Возможно также сосуществование противоположных аффектов – так называемая амбивалентность чувств. При этом, одно и то же представление сопровождается и приятными и неприятными чувствами, то есть больной одновременно и огорчается, и радуется.

Отметим, что при ранних расстройствах шизофренического характера, при выраженном психическом недоразвитии наблюдается эмоциональная незрелость (недоразвитие). Она характеризуется отсутствием или недостаточностью эмоциональных реакций на окружающее. В раннем возрасте ослаблен или отсутствует «комплекс оживления» (эмоциональная реакция на мать, игрушки), преобладают вялость, сонливость. В дошкольном возрасте отсутствует или снижен интерес к окружающим, к играм. В старшем возрасте отсутствуют сострадание, сочувствие, чувство привязанности, слабо выражены эмоции и интересы [4,61].

Симптомами нарушения эмоциональной сферы являются раздражительность, повышенная возбудимость, двигательное беспокойство, неусидчивость, отсутствие опосредованной мотивации. В отличие от нормального человека, у умственно отсталого не происходит формирование социальных чувств.

Для эмоциональной сферы умственно отсталого человека характерны малодифференцированность, бедность переживаний. Как отмечают С. С. Ляпидевский и Б. И. Шостак, его «чувства одноо-

бразны, неустойчивы, ограничиваются двумя крайними состояниями (удовольствие или неудовольствие), возникают только при непосредственном воздействии того или иного раздражителя», то есть переживания умственно отсталого человека примитивны, и еще нет дифференцированных тонких оттенков переживаний [6,81].

Особенностью эмоциональной сферы лиц с олигофренией является недоразвитие более сложных и дифференцированных эмоций, наиболее поздно развивающихся в постнатальном онтогенезе. Познавательные эмоции, у этого контингента, обычно не развиты, часто наблюдается неадекватность эмоциональных реакций, неспособность подавлять свои непосредственные влечения. При олигофрении с трудом формируются абстрактные понятия добра и зла, чувства долга, способность к самоконтролю и прогнозированию последствий своих поступков.

Вместе с тем может отмечаться живость эмоций у умственно отсталого человека (приветливость, доверчивость, оживленность), наряду с поверхностью и непрочностью. Такие люди легко переключаются с одного переживания на другое, проявляют несамостоятельность в деятельности, лёгкую внушаемость в поведении и играх, следуют за другими детьми.

Слабость мысли, интеллекта умственно отсталого человека и незрелость, примитивность мотивационно-потребностной сферы тормозят у них формирование высших чувств.

Указанная специфика эмоциональной сферы лиц с ограниченными умственными возможностями затрудняет процесс их социальной адаптации. Это подчеркивает необходимость целесообразного своевременного коррекционного воздействия на эмоциональное развитие умственно отсталых людей.

Проявление эмоций не зависит от качественного своеобразия структуры дефекта, то есть от принадлежности ребенка к определенной клинической группе. Развитие эмоций у детей с нарушением интеллекта в значительной мере определяется правильной организацией всей их жизни и наличием специального педагогического воздействия, осуществляемого педагогами. Благоприятные условия способствуют сглаживанию импульсивных проявлений гнева, обиды, радости, выработыванию правильного бытового поведения, закреплению необходимых для жизни навыков и привычек, а также позволяют людям сделать первые шаги в направлении контроля за своими эмоциональными проявлениями.

У людей с нарушением интеллекта наблюдается ряд проблем в развитии эмоционально-волевой сферы: акцентуация характера, повышенная агрессивность. На современном этапе существует острая практическая необходимость найти причины, по которым инвалиды с нарушением интеллекта испытывают эмоциональный дискомфорт, обосновать специфику формирования эмоциональной сферы у людей с нарушением интеллекта.

По мнению Л. В. Занкова, развитие эмоциональной сферы умственно-отсталых инвалидов в значительной мере определяется внешними условиями, к числу которых относится специальное обучение и правильная организация всей жизни. Он утверждал, что данному контингенту свойственны импульсивные проявления злобы, обиды, радости и т.д., которые могут быть сглажены путем целенаправленного воспитания ребенка, способствующего появлению у него осмысливания своих поступков и действий, помогающего формированию положительных привычек и навыков правильного поведения [7,24].

Установлено, что у таких людей эмоции полярны, недостаточно дифференцированы, лишены тонких оттенков эмоции, которые являются поверхностными и неустойчивыми, подверженными быстрым, подчас резким изменениям; однако у некоторых можно наблюдать и затянутость, инертности эмоциональных реакций.

Основными задачами социально-психологической коррекции нарушений в эмоциональной сфере у лиц с ограниченными умственными возможностями являются:

- расширение знаний инвалидов об эмоциях;
- развитие у инвалидов умений адекватно выражать свои эмоции;
- стабилизация эмоционального состояния, оптимизация уровня тревожности и агрессии у инвалидов.

Можно выделить несколько методов, используемых для коррекции нарушений в эмоциональной сфере лиц с ограниченными умственными возможностями.

1. Арттерапия – это совокупность психокоррекционных методик, имеющих различия и особенности, определяющиеся жанровой принадлежностью к определенному виду искусства, направленностью и технологией психокоррекционного применения. Целью арттерапии является гармонизация развития личности через развитие способностей самовыражения и самопознания. Важным принципом арттерапии является одобрение и принятие всех продуктов творческой дея-

тельности.

В рамках работы по коррекции эмоциональной сферы лиц с ограниченными умственными возможностями можно выделить следующие виды арттерапии:

– изотерапия – воздействие, коррекция посредством изобразительной деятельности. Она формирует такие важные качества личности, как активность, самостоятельность, инициативность, целеустремленность. Кроме того, изотворчество способствует поднятию общего жизненного тонуса. Занятия изобразительным искусством при правильной их постановке оказывают существенное воздействие на интеллектуальную, эмоциональную и двигательную сферы, способствуют формированию личности умственно отсталого человека, воспитанию у него положительных навыков и привычек.

– музыкотерапия и музыкальная релаксация – лечебное воздействие посредством музыки, проявляющееся в регулировании психо-вегетативных процессов, регуляции психоэмоциональных состояний, повышение социальной активности, облегчение усвоения новых положительных установок и форм поведения, активизация творческих проявлений.

– психогимнастика – воздействие посредством упражнений, этюдов, позволяющих выразить себя, снять мышечные зажимы, эмоциональные проблемы. Практика показывает, что даже элементарные потягивания позволяют расслабиться и снять нервное напряжение.

– сказкотерапия – вид библиотерапии, заключающийся в коррекции с помощью сказок. Сказкотерапия позволяет актуализировать и осознать свои проблемы, видеть различные пути их решения, усвоить правильные моральные ценности и нормы.

2. Психогимнастика. Психогимнастика – это воздействие посредством упражнений, этюдов, позволяющих выразить себя, снять мышечные зажимы, эмоциональные проблемы. В качестве методик проведения процедур релаксации используются элементы йоги как метода саморегуляции. Йога используется для профилактики возникновения состояния тревоги, стресса. Кроме того, в практической деятельности применяется метод мышечной релаксации Э. Джекобсона. При этом происходит нервно-психическая релаксация посредством расслабления обширной зоны коры головного мозга. Занятия состоят из чередования периодов максимального напряжения и быстро следующего за ним максимального расслабления мышц. Подобные упражнения чрезвычайно актуальны для контингента психоневроло-

гического интерната. Особенности клиентов интерната, обусловленные их диагнозом, выражаются не только в чертах личности, уровне развития, но и в поведенческих реакциях: склонность к агрессивным реакциям, депрессивным состояниям, тревожность и т. д. Занятия йогой или по методике Э. Джекобсона позволяют «здесь и сейчас» скорректировать актуальное психоэмоциональное состояние клиента. В сочетании с музыкотерапией и ароматерапией коррекционный эффект усиливается. Кроме того, подобная «терапия движением» положительно влияет на физическое состояние клиента: повышается гибкость, происходит мышечное расслабление. Данные занятия рекомендованы не только молодым инвалидам реабилитационного отделения, но и пожилым людям, чье физическое состояние позволяет осуществлять требуемые упражнения.

3. Занятия в комнате психологической разгрузки. Комната психологической разгрузки предназначена для оказания своевременной квалифицированной консультативно-методической, психологической и психокоррекционной помощи. Функциональное назначение комнаты психологической разгрузки заключается в обеспечении психологических условий для коррекции психических состояний лиц с ограниченными умственными возможностями, проживающих в интернате. Использование ресурсов комнаты психологической разгрузки позволяет добиться следующих психотерапевтических эффектов: расслабление; развитие чувства спокойствия и благополучия; продуцирование положительных эмоций; психологическая стимуляция; стабилизация эмоционального состояния.

Во время занятий, кроме музыкотерапии, используется ароматерапия, что позволяет усилить необходимый эффект. В основе влияния света, запаха и звука на организм человека лежат следующие механизмы:

- торможение передачи болевых импульсов за счет активации α -волокон и контроля на входе в спинной мозг;
- рефлекторная активация противоболевой системы с выделением эндогенных опиатов;
- музыкальные звуки изменяют вегетативную регуляцию церебральных артерий, происходит их расширение, и как следствие – купирование головных болей.

Свет и цвет оказывают воздействие на формирование и поддержание психофизиологического статуса человека. Так, восприятие красно-желтой части спектра вызывает активацию симпатического

отдела нервной системы и торможение парасимпатического. Синий и зеленый цвета оказывают подавляющее действие на симпатический отдел нервной системы и активизирует парасимпатический. Таким образом, организм человека, находящийся в состоянии стресса нуждается в воздействии цветов сине-зеленой гаммы, а состоянию покоя, расслабления и восстановления способствуют восприятие красно-желтого спектра.

Сенсорная стимуляция позволяет повысить мотивацию клиентов к реабилитации, оказать активизирующее и релаксирующее воздействие на их нервную систему. При этом повышается реабилитационный потенциал инвалидов.

Отметим, что программа коррекционных мероприятий обязательно включает в себя технологию прямого и косвенного воздействия.

Технология прямого воздействия предполагает непосредственное исправление имеющихся у инвалидов нарушений эмоциональной сферы, развитие всех ее параметров и актуализацию компенсаторных возможностей. Ее основу составляют наиболее действенные методы развития личности человека со сниженным интеллектом: игра, упражнение, тренинг. С помощью данной технологии можно заметно повысить интенсивность позитивной динамики эмоционального развития, которая при отсутствии целенаправленного воздействия у такого контингента проявляется достаточно слабо.

Технология косвенного воздействия позволяет осуществлять те же направления коррекционно-развивающей работы опосредованно, путем некоторого изменения условий, и рациональной организации традиционных для специального учреждения видов деятельности.

При реализации программы используются следующие формы и методы работы:

- игры;
- упражнения;
- арт-терапевтические техники;
- мышечная, дыхательная релаксация;
- беседы.

Во время занятий используются упражнения, направленные на мышечную релаксацию (для снятия внутреннего напряжения), психотехнические игры, моделирование различных ситуаций.

На занятиях создается специфическая игровая атмосфера, позволяющая спроецировать реальный социальный опыт в воображаемую игровую ситуацию, что расширяет социоэмоциональные возмож-

ности умственно отсталых людей и способствует усвоению приемлемых форм общения. Использование психокоррекционных возможностей арттерапии способствует оптимизации эмоциональных проявлений у умственно отсталых инвалидов.

Предлагаемая нами формирующая и коррекционно-развивающая работа предусматривает модульную систему проведения занятий.

1. Формирование социальной перцепции.

В задачи данного блока входит формирование у инвалидов навыков практического владения выразительными движениями (мимикой, жестами, пантомимикой); формирование представлений об эмоциях человека, понимания основных эмоциональных состояний; развитие интереса к окружающим людям и коммуникативных навыков.

Средства работы: игры, рисование, специальные приемы неигрового типа, выразительные этюды, рассматривание рисунков и фотографий.

2. Формирование навыков совместной деятельности.

В задачи данного блока входит формирование делового общения с ориентацией на «ненасильственную модель поведения»; формирование навыка совместного целеполагания деятельности; формирование навыка совместного планирования действий; развитие терпимости к мнению партнера; повышение уровня самоконтроля в общении с партнером по совместной деятельности; развитие способов творческого самовыражения в процессе коммуникативной деятельности.

Средства работы: игры, совместное рисование с последующим групповым анализом результатов художественных работ, моделирование и анализ заданных ситуаций.

3. Коррекция эмоционального состояния.

Задачи: снятие эмоционального напряжения; повышение самооценки умственно отсталых инвалидов в результате создания ситуации успеха и коррекция неуверенности в себе; повышение самоконтроля в отношении проявления своего эмоционального состояния в ходе общения; коррекция тревожности человека.

Средства работы: различные элементы арттерапевтической психокоррекции, психотехнические игры и упражнения, релаксационный тренинг.

4. Снятие конфликтности и психологическая коррекция агрессивности.

Основными направлениями работы здесь являются снятие конфликтности и эмоционального напряжения, коррекция агрессивности.

сти у умственно отсталых людей.

Средства работы: психотехнические игры и упражнения, моделирование и анализ заданных ситуаций, различные виды рисования.

Рассмотрение различных эмоциональных явлений, отмечаемых в психологической литературе, дает основание говорить о том, что эмоциональная сфера человека имеет сложное многоуровневое строение и включает в себя (в порядке возрастания биологической и социальной значимости) эмоциональность, эмоции, эмоциональные свойства личности, чувства, в результате сочетания которых образуются эмоциональные типы людей. Анализ специфики эмоциональной сферы лиц с ограниченными умственными возможностями позволяет сделать вывод о необходимости осуществления коррекционной работы с таким контингентом, учитывая типические и личностные особенности. В связи с этим, возникает потребность в поиске, разработке и внедрении различных инновационных технологий коррекционной деятельности, которые позволили бы повысить эффективность осуществляемых реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Бойко, В.В. Энергия эмоций. – СПб. : Питер, 2004. – 474 с.
2. Бреслав, Г.М. Психология эмоций. – М.: Смысл; Академия, 2004. – 544 с.
3. Гозман, Л.Я. Психология эмоциональных отношений. – М. : МГУ, 1987. – 176 с.
4. Лебединская, К.С. Особенности эмоционально-волевой регуляции при умственной отсталости. – М., 2002. – 225с.
5. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога / сост. С.Л. Соловьева. – М., 2006.
6. Морозова, Н.Н. Особенности эмоционального отношения умственно отсталых подростков к окружающим людям : дис. канд. психол. наук. – М., 1995. – 213 с.
7. Эмоциональное благополучие пожилых людей и методы его формирования: методические рекомендации/Под ред.Н.В.Клюевой.- Ярославль, 2013.-84 с.

Сведения об авторах

Федорова Полина Сергеевна - кандидат психологических наук, заместитель директора по организационно-методической работе ГБУ СО ЯО КПНИ (Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Ярославской области Красноперекопский психоневрологический интернат). E-mail: pkozyakovceva@yandex.ru

Плаксин Александр Николаевич - психолог ГБУ СО ЯО КПНИ (Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания

Ярославской области Красноперекопский психоневрологический интернат)

**Филиппова Н.В., Бачило Е.В., Сизов С.В., Гусева М.А.,
Олейникова Е.Р.**

ИЗУЧЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г.САРАТОВА

Аннотация. Психические расстройства на протяжении многих веков остаются наиболее стигматизирующими медицинскими диагнозами. В последние десятилетия в России с принятием закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» несколько изменилось отношение общества к людям с психиатрическим опытом, а также к психиатрии как отрасли медицинской помощи и врачам-психиатрам. Однако результаты проведенного анонимного анкетирования среди студентов ВУЗов г. Саратова продемонстрировали, что уровень стигматизации в психиатрии остается довольно высоким даже среди студентов медицинского ВУЗа. Это свидетельствует о необходимости формирования в обществе позитивного образа пациента с психическим заболеванием и врача-психиатра путем распространения доступной для населения информации о достижениях и трудностях психиатрии, а также выработки у пациентов с психическими расстройствами и их родственников адекватного отношения к статусу психически больного в обществе.

Ключевые слова: психиатрия, стигматизация, дестигматизация.

Актуальность исследования. В современном обществе информация о том, что человек страдает каким-либо психическим заболеванием, зачастую воспринимается крайне негативно. Общество определяет принадлежность этого индивида к социальной группе психически больных. Это явление носит название «социальная стигматизация».

Стигматизация в целом - это предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него/них каких-либо особых свойств или признаков [16].

Стигматизация лиц с психическими расстройствами во многих странах носит исторически обусловленный характер: негативные стереотипы, страх и неприятие приводили на протяжении столетий к ситуации, когда общество либо отвергало, либо игнорировало существование психически больных [5]. В Европе времен средневеко-

вья наличие психических расстройств приписывалось одержимости человека бесами [9], и поэтому своего рода «лечением» психических больных занимались священнослужители [6]. Вплоть до начала XIX века узники заведений для душевнобольных Англии, Франции и Германии содержались в тяжелых условиях. В Лондоне и Париже популярными были представления с участием душевнобольных: их запирали в клетки и за деньги демонстрировали публике. В воскресные дни в Бедлам за малую плату пускали посетителей. В качестве лечения душевнобольных в Германии практиковались избиения плетью, смирительный стул, смирительная кровать, механотерапия – вращательная машина, вращающееся колесо и вращающаяся кровать(действие последней приводило к наиболее тяжелым эффектам: головокружение, удушье, кровоизлияние в конъюнктиву глаз) [4]. В других странах как метод лечения психически больных использовались прижигание лба каленым железом, погружение в ледяную воду и обливания ледяной водой, пациентов заставляли принимать внутрь сажу, мыло и т. п. [12].

Несомненно, что эпоха развития психиатрии как науки, ее становление как области медицины, а также введение принципов защиты душевнобольных и устранения насилия над ними началось в конце XVIII века с Филиппа Пинеля, который в буквальном смысле «снял цепи с душевно больных». Значительное влияние на становление отечественной психиатрии оказал С.С. Корсаков, который считал неприемлемыми любые насильственные меры в отношении душевнобольных, а именно связывание и применение смирительных рубашек. Благодаря авторитету Сергея Сергеевича, которого называли «русским Пинелем», были устранены изоляторы для психически больных, сняты решетки на окнах в отделениях психиатрического профиля[13]. В 1955 г. ВОЗ была подтверждена необходимость лечения душевнобольных без изоляции от общества[18].

В СССР отсутствовали законодательные гарантии прав лиц с психическими расстройствами, в связи с чем любой психиатрический пациент мог быть госпитализирован в недобровольном порядке без судебного решения, например, по просьбе родственников, на основании решения районного психиатра, а также по просьбе начальника по работе. Еще одной особенностью того времени было то, что советская психиатрия была сосредоточена на изоляции психически больного человека от общества, люди с психиатрическими диагнозами вне зависимости от степени и тяжести расстройств находились на

учете в психоневрологических диспансерах с обязательным условием регулярного амбулаторного наблюдения. Данный факт приводил к значительным ограничениям в социальной жизни и пожизненной стигме. Людям, стоящим на учете в психоневрологическом диспансере, было трудно устроиться на работу, получить жилье, невозможно учиться в ВУЗах [1; 2]. Обязательный учет в психоневрологическом диспансере был отменен лишь в 1991 г., а в 1992 г. был принят закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [3]. Именно с принятием этого закона можно связать некоторое ослабление процесса стигматизации пациентов психиатрического профиля, однако сохраняющееся настороженное отношение к психически больным сохраняется и в современном обществе и оказывает существенное влияние на жизнь людей с психиатрическим опытом.

Целью исследования было изучение уровня стигматизации людей с психическими расстройствами в современном обществе на примере студентов высших учебных заведений г. Саратова. В задачи исследования входило изучение причин возникновения стигматизации и отношения респондентов к психически больным, психиатрии и врачам-психиатрам.

Материал и методы исследования. В течение 2016 г. был проведен опрос 200 респондентов – учащихся высших учебных заведений г. Саратова с помощью стандартизированного опросника «Социальные представления о психическом здоровье», разработанного сотрудниками НЦПЗ РАМН [11] и включающего ряд утверждений о стереотипных взглядах населения в отношении сферы психического здоровья. Анонимное анкетирование было выбрано для проведения данного исследования ввиду того, что именно при этой форме опроса респондент отвечает наиболее правдиво, поскольку не требуется указания личных данных и гарантируется его полная анонимность. В случае выбора беседы или интервьюирования в качестве метода сбора социологической информации исследуемые могли бы скрыть истинные факты, опасаясь огласки. Среди респондентов преобладали лица женского пола (140 женщин – 70 % и 60 мужчин – 30 %), что указывает на большую заинтересованность женского населения в участии в подобном рода опросах.

В исследовании приняли участие студенты старших курсов (4-го и 5-го) Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского МЗ РФ (СГМУ) – 50 человек (35 женщин и 15 мужчин), Саратовского государственного технического университета

им. Ю.А. Гагарина (СГТУ) – 50 человек (39 женщин и 11 мужчин), Саратовской государственной юридической академии (СГЮА) - 50 человек (38 женщин и 12 мужчин), Саратовского научно-исследовательского государственной университет им. Н.Г. Чернышевского (СГУ) - 50 человек (38 женщин и 12 мужчин). К возрастной категории 20-22 лет относились 130 респондентов (100 женщин и 30 мужчин), 23-24 лет – 70 опрошенных (40 женщин и 30 мужчин).

Результаты исследования и их обсуждение. Среди всех опрошенных большинство респондентов согласилось с высказыванием, что психически больные вызывают в основном жалость и сочувствие (68%). Однако при анализе данного утверждения у студентов различных ВУЗов была отмечена существенная разница (СГМУ – 90%, СГТУ –79%, СГУ –63%, СГЮА –40%), т.е. наибольшее сочувствие психически больные вызывают у студентов-медиков, а наименьшее – у студентов юридической академии. Более того, у более чем половины респондентов люди, страдающие психическими расстройствами, вызывают страх (СГУ и СГТУ – 75 %, СГЮА – 59 %, СГМУ – 54 %), а многие испытывают по отношению к ним и такие негативные чувства, как неприязнь (СГУ – 96%, СГЮА – 76%, СГТУ – 37%, СГМУ – 36%) и раздражение (СГУ и СГТУ – 39%, СГЮА – 37%, СГМУ – 12%).

Непосредственно уровень стигматизации по отношению к психическим заболеваниям можно оценить по нескольким утверждениям анкеты. Так, с утверждением «Если я узнаю, что у человека был или есть психиатрический диагноз, то это повлияет на наши отношения, даже если я давно его знаю» согласились более половины респондентов в разных группах исследования, однако и здесь отмечена существенная разница между ВУЗами (СГУ - 86%, СГТУ - 84%, СГЮА - 80%, СГМУ – 50%). Положительно ответили на утверждение «Если у человека имеется психическое заболевание, то я прекращаю свое общение с этим человеком» 63% опрошенных СГУ и СГТУ, 46% - СГЮА и 18% - СГМУ, т.е. наиболее лояльно к психической болезни знакомого человека отнеслись бы студенты медицинского университета.

На утверждение «Если человек заболел психически, то его состояние уже не улучшится» дали положительный ответ студенты СГУ в 51%, СГЮА – в 46%, СГТУ – в 41%, СГМУ – в 30% случаев. Согласились с тем, чтобы человек с психическим расстройством входил в компанию его друзей большинство респондентов СГМУ (65%) или

был коллегой по работе (67%), студенты же других ВУЗов в значительно меньшем проценте случаев согласны иметь дружеские (СГУ – 35%, СГТУ – 26 %, СГЮА – 15%) или профессиональные (СГЮА – 10%, СГУ – 9%, СГТУ – 3%,) отношения с психически больным человеком, а также жить рядом с ним - «на одной лестничной клетке» (СГМУ – 14%, СГУ и СГТУ – 11%, СГЮА – 2%), т.е. студенты юридического и технического профиля наиболее негативно относятся к психически больным в своем окружении.

В современном обществе бытует мнение о том, что если человек психически болен, он представляет опасность для себя и окружающих, и это также способствует стигматизации людей с психиатрическим опытом. Результаты проведенного опроса подтверждают эту стигму, поскольку на данное утверждение преобладающее большинство респондентов ответили положительно (СГЮА – 80%, СГТУ – 74%, СГМУ – 70%).

Несмотря на то, что более трети респондентов согласились с утверждением о том, что психически больные могут быть умными и интересными людьми (3% от общего числа опрошенных), наибольшую толерантность к людям с психическими заболеваниями проявили учащиеся медицинского университета (63%), однако более 70% считают, что общение с ними вряд ли будет полезным и приятным.

О стигматизации в отношении психических заболеваний свидетельствуют и положительные утверждения о том, человек с психическим расстройством не может как работать с детьми (СГЮА – 88%, СГМУ – 84%, СГУ и СГТУ – 64%), как и иметь их (СГУ и СГТУ – 74 %, СГЮА – 36%, СГМУ – 20%), а также занимать руководящий пост (СГМУ – 76%, СГТУ – 71%, СГУ – 49%, СГЮА – 48%), служить в правоохранительных органах и армии (СГМУ – 74%, СГТУ – 69%, СГЮА – 46%, СГУ – 17%), носить оружие (СГЮА – 99%, СГМУ – 98 %, СГУ и СГТУ – 64%), водить машину (СГМУ – 95%, СГТУ – 67%, СГЮА – 40%, СГУ – 22%) и даже учиться в ВУЗе (СГУ и СГТУ – 81%, СГЮА и СГМУ – 71%). Эти результаты свидетельствуют о том, что студенты-медики не только не уступают учащимся других ВУЗов в отношении ограничения прав и свобод людей с психиатрическим опытом, а то многим пунктам даже опережают их. Тем не менее, 97% респондентов в общей выборке соглашались с тем, что решение об ограничении возможностей человека с психиатрическим опытом должно приниматься в индивидуальном порядке.

Вызывает крайнюю обеспокоенность тот факт, что большинство

респондентов СГТУ (9%), и многие опрошенные в других ВУЗах (СГМУ – 40%, СГЮА – 28%, СГУ – 18%) считают, что психически больных нужно изолировать от общества, что, на наш взгляд, является крайним проявлением стигматизации в отношении лиц с психическими нарушениями.

Однако, несмотря на выявленные выше стигматы, по результатам опроса большинство респондентов считают, что отношение к психически больным в нашем обществе предвзятое и негуманное (СГМУ и СГЮА – 76%, СГТУ и СГУ – 25%), а также признают, что права психически больных часто ущемляются, эти люди подвергаются унижениям и дискриминации (СГМУ и СГТУ – 90%, СГЮА – 56%, СГУ – 15%).

Помимо стигматизации психически больных, проведенный опрос позволил оценить и стигму в отношении психиатрии как науки и врачей-психиатров. Так, на утверждение о том, что психиатры чаще обладают завидным психическим здоровьем, утвердительно ответили лишь 26% студентов СГМУ, 25% - СГТУ, 16% - СГУ и 10% - СГЮА, что свидетельствует о том, что большинство респондентов не считают врачей-психиатров психически здоровыми. Кроме того, более половины респондентов считают, что общение с пациентами накладывает отпечаток на личность психиатра и нарушает психическое здоровье врача (СГТУ – 71%, СГЮА – 56%, СГУ – 43%, СГМУ – 32%).

Большинство респондентов уверены, что психиатру нравится властвовать над своими пациентами (СГЮА – 71%, СГУ и СГТУ – 67%, СГМУ 30%). Существует также и мнение о том, что опасно иметь дело с психиатром, поскольку существует риск, что даже здорового человека он может признать психически больным (СГУ и СГТУ – 23%, СГМУ – 16%, СГЮА – 14%), и настоящая цель психиатрии – изоляция неудобных обществу людей (СГТУ и СГУ – 71%, СГЮА – 52%, СГМУ – 33%).

Вместе с тем, большинство респондентов отмечают, что психиатры много знают, и их знания базируются на серьезных научных исследованиях (СГМУ – 70%, СГЮА – 58%, СГТУ – 44%, СГУ – 35%), однако, несмотря на свои знания, ставят недостоверные диагнозы и назначают неэффективное лечение (СГТУ – 58%, СГМУ – 29%, СГЮА – 19%, СГУ – 16%). Несмотря на это многие респонденты признают, что психические расстройства плохо поддаются лечению (СГТУ – 84%, СГЮА – 75%, СГМУ – 74%, СГУ – 71%).

Более того, преобладающее большинство опрошенных считают,

что в нашем обществе присутствует необоснованно предвзятое отношение к психиатрам (СГЮА – 90%, СГМУ – 86%, СГУ – 74%, СГТУ – 64%), и профессия психиатра заслуживает уважения (СГМУ – 98%, СГТУ – 84%, СГЮА – 83%).

Необходимо отметить также, что довольно распространено и представление о психических расстройствах как результате пробуждения особых способностей (СГЮА – 52%, СГМУ – 20%, СГУ – 14%, СГТУ – 12%) либо воздействию на человека ворожбы, приворота или порчи (СГУ – 64%, СГЮА – 16%, СГТУ – 12%, СГМУ – 5%). Многие респонденты также согласны с утверждением, что на Руси абсолютно верно считали психически больных «божьими людьми» (СГТУ и СГУ – 69, СГЮА – 33%, СГМУ – 31%), а также считают, что у многих талантливых людей были отклонения в психике (СГМУ – 74%, СГЮА – 56%, СГТУ – 44%, СГУ – 30%). Вместе с тем, лишь небольшой процент опрошенных считают, что психически больному могут помочь не психиатры, а знахари или астрологи (СГУ – 19%, СГЮА – 9%, СГТУ – 2%, СГМУ – 1%), а также что психическое заболевание является наказанием за грехи (СГУ – 18%, СГЮА и СГТУ – 6%, СГМУ – 5%) и за помощь людям с психическими расстройствами необходимо обращаться в церкви и монастыри (СГУ – 14%, СГЮА – 7%, СГТУ – 4%, СГМУ – 1%). Более того, большинство респондентов отметили, что обратятся за помощью к психиатру в случае возникновения у них психического расстройства (СГУ – 90%, СГМУ – 54%, СГЮА – 48%, СГТУ – 42%).

Таким образом, полученные данные подтверждают, что относительно доброжелательное отношение общества к лицам, страдающим психическими расстройствами, существующее в последние годы, сочетается с нежеланием контактировать с ними и стремлением ограничивать их права, что согласуется с результатами других исследований по стигматизации в психиатрии как в нашей стране, так и за рубежом [7; 8; 10; 14; 15-17].

Заключение. Для большинства людей свойственно предвзятое отношение к людям с психическими расстройствами. Это выражается в социальной дистанции по отношению к ним, убежденности в том, что их права должны быть ограничены, приписывании им таких качеств как агрессивность, неадекватность, непредсказуемость. Проведенное исследование продемонстрировало высокий уровень стигматизации в отношении людей с психическими расстройствами, в также психиатрии как медицинской специальности и врачей-психиатров среди

студентов высших учебных заведений г. Саратова, в том числе и среди студентов-медиков. Это свидетельствует о необходимости дестигматизации общества в отношении психиатрии и психически больных: проведения разъяснительной работы через средства массовой информации и тщательной подготовки медицинских специалистов. Врачи всех специальностей должны знать и помнить, что их профессиональный долг – дестигматизация людей с психиатрическим опытом и предотвращение распространения неверной информации о психической патологии путем смещения акцента на личность больного, а не на саму болезнь. Общество должно знать, что психически больной человек также имеет чувства, потребности, комплекс этических и моральных норм. Необходимо стремиться к исключению из употребления медицинским персоналом любого уровня и, особенно при разговоре с больными, жаргонных элементов («глюк», «дурдом», «психушка» и т.д.). Кроме того, специалисты всегда должны помнить о неразглашении сведений, нарушающих права на конфиденциальность информации о пациенте.

Литература

1. Абрамов В.А. Стигматизация и дестигматизация психиатрии // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2000. - № 1 (7). - С. 3-13.
2. Ван Ворен Р. От политических злоупотреблений психиатрией до реформы психиатрической службы // Вестник Ассоциации психиатров Украины. - 2013. - № 2.
3. Закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (с изменениями и дополнениями).[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/10136860/>
4. Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М.: Госмедиздат, 1929. - 520 с.
5. Контекст законодательства по охране психического здоровья. Введение. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. Глава 1. - Женева, 2005. - С. 1-2.
6. Королева Е.Г. Деонтология в психиатрии. - УО «ГрГМУ», 2009. – 99 с.
7. Мелик-Пашаян А.Э., Миронова Е.В. Опыт стигматизации больных шизофренией в Республике Армения и Республике Беларусь // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2013. - № 3. – С. 68-72.
8. Менделевич В.Д., Овруцкий Л.М. Психиатрия в зеркале обще-

ственного мнения // Синапс. – 1993. – № 3. – С. 35-39.

9. Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Психиатрия при нацизме: убийства душевнобольных на временно оккупированных территориях СССР. Сообщение 6 // Психическое здоровье. – 2012. - №1. –С. 88-92.

10. Рукавишников В.О., Рукавишникова Т.П., Бильжо А.Г. Методические подходы к изучению общественного мнения о психиатрии // Социология в медицине. – 1990. – Вып. 2. – С. 23-26.

11. Серебряйская Л.Я. Психологические факторы стигматизации психически больных: автореф. дисс.... канд. психол. наук. - М., 2004. – 24 с.

12. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / перевод с франц. И.К. Стаф. - СПб, 1997. – 576 с.

13. Ястребов В.С. Организация психиатрической помощи // Общая психиатрия / Под ред. А.С. Тиганова. - Москва, 2006.

14. Ястребов В.С., Трущелев С.А. Социальные образы психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – № 6. – С. 65-68.

15. Gilbert P. Stigmatisation as a survival strategy: shame, stigma and the family: «skeletons in the cupboard and the role of shame» // Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination against People with Mental Illness / Royal Society of Medicine; ed. A. Crisp. – Rev. ed. – London, 2003. – P. 123-143.

16. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. – Harmondsworth: Penguin, 1990. – 173 p. – (Penguin psychology).

17. Lawrie S.M. Stigmatisation of psychiatric disorder // Psychiatric Bulletin. – 1999. – Vol. 23, № 3. – P. 129-131.

18. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions» // World Psychiatry. – 2008. – Vol. 7, № 3. – P. 185-188.

Сведения об авторах

Филиппова Наталья Валерьевна - ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», к.м.н.; e-mail: natdoc@mail.ru

Бачило Егор Вячеславович - ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», к.м.н.

Сизов Сергей Владимирович - ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России»

Гусева Мадина Ахмедовна – клинический ординатор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ

ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России»

Олейникова Елена Ренатовна – врач-интерн кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России»

Филиппова Н.В., Ажгиреева С.К., Аубекерова А.С., Деева М.А.

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Аннотация. Во многих странах мира все большую обеспокоенность вызывает употребление алкоголя молодыми людьми и женщинами. Результаты проведенного анонимного анкетирования среди студентов ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России показали, что молодые люди, несмотря на достаточную информированность о вреде алкоголя, продолжают употреблять алкогольные напитки. Этот факт свидетельствует о том, что сокращение употребления алкоголя становится приоритетной областью социальной политики не только на региональном, но и на национальном и мировом уровнях. Вредные последствия употребления алкогольных напитков в молодежной среде можно уменьшить с помощью применения проверенных стратегий в отношении алкоголя со стороны государства и общества.

Filippova N.V., Azhgireeva S.K., Aubekerova A.S.

YOUNG PEOPLE'S ATTITUDES TO ALCOHOL THE EXAMPLE MEDICAL STUDENTS

Summary: In many countries, there is a growing concern about the use of alcohol by young people and women. The results of the anonymous survey among students of «Saratov State Medical University.n.a.V.I. Razumovsky» showed that young people, in spite of sufficient awareness of the dangers of alcohol, continue to drink alcoholic beverages. This fact indicates that the reduction in alcohol consumption is becoming a priority area of social policy, not only regional but also at the national and global levels. Harmful effects of alcohol consumption among young people can be reduced through the use of proven strategies referring to alcohol by the state and society.

Ключевые слова: алкоголь, молодежь, анкетирование.

Key words: alcohol, youth surveys.

Введение. Не вызывает сомнений тот факт, что состояние здоровья населения в целом, и особенно подрастающего поколения, во многом определяется влиянием факторов окружающей среды. В процессе взросления ребенка усиливается воздействие на его здоровье таких медико-социальных показателей, как уровень жизни семьи, стереотипы поведения, «школьные факторы» и, безусловно, вредные привычки. Более того, все большую актуальность в настоящее время приобретает употребление алкоголя подростками и молодежью [15].

Согласно официальной статистике, уровень потребления алкоголя в детско-подростковой среде возрастает с каждым годом. Так, среди современных подростков в более чем половине случаев первое употребление пива и вина и около трети случаев потребления более крепких алкогольных напитков приходится на возраст до 13 лет [11]. При этом уже в 2004 году распространенность подросткового алкоголизма составляла 15,3 на 100 000 подростков. Несомненно, ранняя алкоголизация пагубно влияет на здоровье и развитие психики детей и подростков, нарушает их личностную и социальную адаптацию.

По данным Е.А. Кошкиной и соавт. [10] в период с 2000 по 2009 г. в России произошло смещение акцента продажи, и соответственно, потребления алкоголя с крепких спиртных напитков (водки) на более слабые (пиво и вино), что может оказывать влияние на формирование новых моделей потребления алкоголя, таких как преимущественное потребление пива среди молодежи. Выделены следующие модели потребления алкогольных напитков в молодежной среде: пивная, коктейльная, винная, водочная и модель воздержания от употребления спиртного в компании сверстников [13].

В 2005 г. в рамках проекта по изучению алкогольного поведения населения [9] был проведен опрос врачей-наркологов, работающих на амбулаторном приеме, участковых милиционеров и врачей-судмедэкспертов на трех территориях РФ, в том числе и Саратовской области, и установлен рост алкоголизации во всех возрастных группах населения – от детей до лиц старших трудоспособных возрастов, рост девиантных форм поведения и соматических последствий, а также смертности, связанной с употреблением алкоголя. При этом наибольший рост алкоголизации был отмечен среди наиболее активных в социальном отношении лиц в возрасте 20-39 лет, т.е. максимальные потери отмечаются именно среди молодых мужчин и женщин. Результаты данного проекта также подтверждают относительное вы-

теснение водочных форм потребления пивными среди подростков в возрасте до 18 лет. При этом, от детского к подростковому возрасту этот эффект сокращается. Уже в молодом трудоспособном возрасте (20-39 лет) соотношение пивной и водочной моделей в формировании растущей алкоголизации выравнивается, а в возрасте старше 40 лет водочные формы являются определяющими.

Злоупотребление алкоголем является частой причиной не только аддиктивного, но и суицидального поведения [2, 4]. Количество самоубийств, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, в течение последних десятилетий возросло с 7 – 15 % [6, 11] до 40 – 50 % [7]. По статистике, около 60 % умерших от самоубийств и почти 40 % покушавшихся на него постоянно злоупотребляли алкоголем, по крайней мере, в течение последнего предшествовавшего суициду года [1]. Зарубежные исследования свидетельствуют о том, что риск смерти в результате суицида у больных алкоголизмом сравним с группой больных депрессиями и составляет 11 – 15%, а распространенность алкоголизма среди суицидентов составляет от 6 % до 30 % [16]. Отмечена взаимосвязь возрастного фактора и психоэмоционального фона, на котором формируется суицидальное поведение. Так, при злоупотреблении алкоголем в молодом возрасте аутоагрессивные идеи обычно являются проявлениями эксплозивного (47,0 %) и дисфорического (34,0 %) синдромов, а в более зрелом достоверно чаще возникают на фоне депрессивных переживаний (64,3 %) [14].

Чрезмерное употребление алкоголя приводит к значительному бремени болезней, а во многих странах последствия для здоровья населения, связанные с вредным употреблением алкоголя, становятся проблемой не только здравоохранения, но и общества и экономики [5]. При этом в оказании помощи таким пациентам принимают участие не только психиатрические и наркологические учреждения, но и ЛПУ соматического профиля [2, 8].

Несмотря на существующие государственные ограничения в отношении рекламы алкогольной продукции (законы о «О рекламе» и «О производстве алкогольной продукции»), а также временные и возрастные рамки для продажи алкогольных напитков, в реальной жизни алкоголь доступен даже для несовершеннолетней молодежи.

Целью данного исследования стало изучение отношения к алкоголю среди молодежи. В качестве объекта исследования выступили 202 студента ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» в возрасте от 18 до 27 лет.

Материал и методы. Основным методом исследования в данной работе было выбрано анонимное анкетирование. При этой форме опроса респондент отвечает наиболее правдиво, поскольку не требуется указания личных данных, что гарантирует его полную анонимность. В случае выбора беседы или интервьюирования в качестве метода сбора социологической информации исследуемые могли бы скрыть истинные факты, опасаясь огласки.

Результаты исследования. При анализе возрастного состава опрошенных было выявлено, что к возрастной группе 17-20 лет относились 38,5 % респондентов, 21-27 лет – 61,5 % опрошенных. В исследовании приняли участие 127 респондентов женского пола (63 %) и 75 опрошенных мужского пола (37 %).

При анализе ответов на вопросы анкеты были получены следующие результаты. На вопрос «В каком возрасте Вы первый раз попробовали алкогольный напиток?», большинство опрошенных (99 человек - 49 %) ответили, что впервые попробовали алкоголь в возрасте до 16 лет, в возрастном интервале от 16 до 18 лет впервые употребили алкогольные напитки 63 респондента (31,2 %), а в возрасте 18-25 лет – 40 студентов (19,8 %).

Несмотря на то, что почти половина вошедших в данное исследование респондентов сами впервые употребили алкогольные напитки с возраста младше 16 лет, на вопрос «В каком возрасте Вы бы разрешили своему ребенку попробовать спиртное?» большинство опрошенных (85 человек; 42,1 %) ответили «с 18 лет», а 48 студентов (23,8 %) вообще не разрешили бы своим детям употреблять алкоголь, и лишь 57 респондентов (28,2 %) ответили «до 18 лет», а 12 опрошенных (6 %) не считают, что возраст начала потребления имеет существенное значение. Эти результаты свидетельствуют о том, что большинство опрошенных не хотят, чтобы их дети употребляли алкоголь, особенно в подростковом возрасте.

На вопрос «Считаете ли Вы, что употребление алкогольных напитков допустимо в более раннем возрасте?» преобладающее большинство респондентов (152 человека; 75,2 %) ответили отрицательно, 34 студента (16,8 %) отметили вариант «возможно» и лишь 16 опрошенных (8 %) считают допустимым употребление алкоголя в более раннем возрасте.

Более того, преобладающее большинство опрошенных (170 респондентов, 84,1%) – согласны с необходимостью введения возрастных ограничений на продажу слабоалкогольных напитков подрост-

кам, 9 человек (4,5 %) выбрали вариант ответа «возможно», и лишь 23 человека (11,4 %) не согласны с данными ограничениями.

На вопрос «Кто впервые предложил Вам алкоголь?» 136 опрошенных (67,3 %) ответили, что впервые употребили алкоголь по предложению друзей, а 66 респондентов (32,7 %) – родственников, что согласуется с данными, полученными при проведении подобных исследований другими авторами [15].

Среди причин употребления алкоголя в рамках данного опроса респонденты указали «Стиль жизни и традиции (встречи с друзьями, праздники, корпоративы)» в 59 случаях (29,2 %); вариант «Для снятия психологического напряжения, желание уйти от стресса, проблем» выбрали 47 респондентов (23,3 %); «Для удовольствия, от скуки, с целью поднятия настроения» - 38 студентов (18,8 %); «За компанию, для поддержания общения» - 26 опрошенных (12,9 %). В числе единичных ответов у респондентов обоего пола были указаны «Проблемы в семье, на учебе, на работе» - у 12 студентов (5,9 %), а у респондентов мужского пола вариант «Раннее приобщение к алкоголю» - у 9 опрошенных (4,5 %) и «Плохая компания» - у 7 человек (3,5 %), а также «Нет конкретных причин, мотивов» - у 4 респондентов (1,9 %).

В отношении изменений, происходящих с человеком, употребляющим алкоголь, преобладающее большинство опрошенных отметили «Отрицательное влияние на организм человека» (в 159 случаях - 78,7 %), и лишь 18 респондентов (8,9 %) не считали влияние алкоголя на организм в достаточной степени негативным, а 25 человек (12,4 %) затруднились ответить.

На вопрос «Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?» 31 опрошенный (15,4 %) ответили, что вовсе не употребляют алкогольные напитки, 48 респондентов (23,7 %) выбрали вариант редкого употребления, 40 студентов (19,8 %) ответили «по праздникам», 23 человека (11,4%) употребляют алкоголь с частотой 2-3 раза в месяц, 20 человек (9,9%) 1 раз в месяц, 6 студентов (3,0%) 2-3 раза в неделю, 19 опрошенных (9,4%) 1 раз в неделю, 15 человек (7,4%) принимают алкоголь ежедневно. Таким образом, среди опрошенных преобладает эпизодическое употребление алкогольных напитков 53,4% («редко» 23,7%, «по праздникам» 19,8%, «1 раз в месяц» 9,9%). И, несмотря на то, что 15,4 % опрошенных воздерживаются от употребления алкоголя, вызывает тревогу довольно большой процент регулярного и привычного употребления алкоголя (11,4%), а также систематического

его употребления (3 % опрошенных употребляют алкоголь несколько раз в неделю, а 7,4 % - ежедневно).

Большинство вошедших в данное исследование респондентов отдают предпочтение слабоалкогольным напиткам: пиву (62 респондента; 30,7 %), вину (48 опрошенных; 23,7 %), шампанскому (28 студентов; 13,8 %), что также согласуется со статистическими данными по России в целом [8]. Однако некоторые респонденты предпочитают водку (9 опрошенных; 4,6 %), виски (16 респондентов; 7,8 %), коньяк (9 человек; 4,6 %). 30 респондентов (14,8 %) указали, что не употребляют алкоголь.

Абсолютное большинство респондентов (195 человек; 96,4 %) потенциально положительно реагируют на отсутствие алкоголя в их жизни, лишь 7 опрошенных (3,6 %) указали, что «прекратив употребление алкоголя, потеряют смысл жизни».

На вопрос «Что бы изменилось в обществе, если бы за хранение и употребление алкоголя наказывали?» 79 респондентов (39,1 %) ответили, что «общество стало бы лучше»; 71 человек (35,1 %) посчитали, что «ничего бы не изменилось», 47 студентов (23,3%) указали, что «общество стало бы хуже», а 5 человек (2,5 %) ответили, что «появилось бы нелегальное хранение и сбыт алкоголя».

С введением ограничений на время продажи алкоголя согласны 96 респондентов (47,5 %), нейтрально относятся к этим ограничениям 86 опрошенных (42,6 %), а 20 человек (9,9 %) выступают против подобных ограничений.

С введением закона на полный запрет алкоголя не согласны 75 опрошенных (37,1 %), 65 респондентов (32,2 %) занимают нейтральную позицию в этом отношении, а 62 студента (30,7 %) полностью поддерживают принятие такого закона.

Обсуждение. Результаты проведенного анкетирования свидетельствуют о том, что у большинства респондентов сложилось двойственное отношение к употреблению алкоголя. С одной стороны, многие юноши и девушки осознают вредное воздействие алкоголя на организм человека, некоторые даже отмечают у себя отрицательные последствия употребления алкоголя, выражают негативное отношение к людям, злоупотребляющим алкоголем, и осознают, что доступность алкоголя негативно влияет на уровень алкоголизации страны. Однако абсолютно все опрошенные признают тот факт, что на сегодняшний день в обществе существуют такие даты и праздники, во время которых «выпить нужно хотя бы по традиции». Более того, многие

юноши и девушки употребляют алкоголь и считают его средством поднятия настроения, расслабления и отдыха.

Вместе с тем, если человек вообще не употребляет алкоголь, то даже традиционное потребление алкоголя по праздникам не приводят к началу его алкоголизации, что свидетельствует о том, что во многом отношение к алкоголю зависит от принципов, сформировавшихся у человека в процессе жизни.

Заключение. Руководство нашей страны в течение последних лет проводит активную политику по борьбе с алкоголем, в том числе и среди молодежи, об определенной эффективности которой также свидетельствуют результаты проведенного опроса (76 % опрошенных потенциально готовы отказаться от употребления алкоголя). Продолжение реализации этой программы, наряду с воспитательной деятельностью родителей и педагогов, может привести к сокращению употребления алкоголя среди населения нашей страны, особенно среди молодежи.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. - М., 1980. - С. 31-55.
2. Антонова А.А., Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б. Факторы риска развития суицидального поведения // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 8. - № 2. - С. 403-409.
3. Барыльник Ю.Б., Сизов С.В., Филиппова Н.В. Изучение эффективности и безопасности фенотропила в комплексной терапии алкогольной зависимости // Наркология. – 2013. - № 12. – С. 61-64.
4. Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б. Влияние уровня безработицы и алкоголизации населения на суицидальную активность в различных регионах Саратовской области // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7. - № 3. - С. 673-676.
5. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Экономические затраты учреждения здравоохранения в результате обусловленных злоупотреблением алкоголя случаев лечения в соматическом стационаре // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. - № 2. – С. 33-36.
6. Гольдштейн Р.И. Причины смертности больных алкоголизмом // Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова. - 1985. - № 85 (8). - С. 1235 – 1238.
7. Гусева М.В. Эпидемиологический анализ и медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса (на примере Москвы) // Автореф. дисс... канд. мед.наук. - С-Пб, 2005. - 20с.
8. Документационный центр ВОЗ. Информационный бюллетень. Октябрь 2009: 1.

9. Иванова А.Е., Корнешов А.А. Тенденции и последствия алкоголизации населения // Социальные аспекты здоровья населения. - 2010. - Т.14. - № 2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/187/30/lang,ru/>

10. Клинические и организационные вопросы наркологии / под ред. Е.А. Кошкиной. – М.: Гениус Медиа, 2011. – 580 с.

11. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации в 2002 г. // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2003. - №4. - С.140-142.

12. Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д., Калачев Б.П., Чернявский В.М. Смертность больных алкоголизмом (по данным сплошного эпидемиологического исследования в г. Москве) // Матер. 12 съезда психиатров России. Москва. - 1995. - С. 804 – 805.

13. Рыбакова Л.Н., Чекинева Т.В. Модели потребления алкоголя в молодежной среде // «Социальные аспекты здоровья населения». – 2010. - №4. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/250/30/lang,ru/>

14. Уманский М.С. Суицидальное поведение и характеристика больных алкоголизмом позднего возраста // Автореф. дис... канд. мед. наук. – Томск, 2007. - 22с.

15. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Деева М.А., Собакина О.Ю. Психические и поведенческие нарушения в результате употребления слабоалкогольных тонизирующих напитков в подростковом возрасте // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. - №8. – С. 28-33.

16. Henriksson H. et. al. Epidemiology of attempted suicide // Z. Gesamte Inn. Med. – 2003. – Vol. 46, № 17. – P. 654 – 656.

Сведения об авторах

Филиппова Наталья Валерьевна - ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», к.м.н.; e-mail: natdoc@mail.ru

Ажгиреева СаулеКадыргалиевна – студентка 5 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России»

Аубекерова Айгерм Саматовна– студентка 5 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России»

Деева Маргарита Александровна - ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России»

Шарипова Ф.К.

КЛИНИКОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ФОРМУ ГИПОТЕРИОЗА В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ

Аннотация. В статье выявлены динамически-эволюционные особенности психического развития детей, перенесших транзиторный гипотериоз. Оценку нервно-психического развития проводили по количественной методике разработанной А.Ю. Панасюком и Л.А. Бударевой с выделением детей с нормальным уровнем развития, риском нарушений дальнейшего развития и с выраженной задержкой развития. Сопоставительный анализ детей, перенесших транзиторный гипотериоз, позволил обнаружить выраженную диссоциацию психофизического развития, наблюдающуюся в первые три года жизни.

Ключевые слова: психический онтогенез, транзиторный гипотериоз, психоэмоциональная сфера, новорожденные.

Key words: mental ontogenesis, transitory hypothyroidism, psychoemotional sphere, the infancy.

Актуальность: По данным исследований зарубежных авторов йододефицитное состояние организма оказывает значительное влияние на психическое здоровье детского населения [7,147]. Наряду с врожденными формами истинного гипотиреоза встречаются особые формы транзиторного гипотиреоза, при которых определяется повышение уровня ТТГ или снижение содержания Т4. Транзиторные формы гипотиреоза возникают при нарушении внутриутробного развития плода и рождении недоношенных детей или детей с низкой массой тела, у новорожденных после тяжелого родового стресса, а также при заболеваниях щитовидной железы у матери [1,25; 2,17]. Особенностью транзиторного гипотиреоза является постепенная нормализация уровня Т4 и ТТГ в течение 2-3 недель после рождения без проведения гормонального лечения [3,62; 4,88]. Учитывая первоочередную роль тиреоидных гормонов в процессе формирования и созревания нервной системы, становится очевидной особая значимость изучения особенностей психофизического развития детей с транзиторным гипотиреозом, а также квалификация имеющихся у них психопатологических расстройств [5,18; 6,50].

Целью исследования явилось изучение клинко-динамических

особенностей психомоторного развития детей раннего возраста, перенесших неонатальный транзиторный гипотиреоз.

Материалы и методы: было проведено динамическое обследование 80 детей в возрасте от 1 года до 3 лет (из них 43 мальчика), у которых в сыворотке крови при рождении было выявлено повышенное содержание ТТГ от 20 до 50 мМЕ\л. контрольную группу составили 36 детей (из них 15 мальчиков), сопоставимых по всем признакам, имевших в декретированные сроки, по результатам скрининг-диагностики, уровень ТТГ < 20 мМЕ\л. Обследование детей проводилось в амбулаторных условиях. Ведущими методами исследования были клинико-психопатологический и патопсихологический. Для наблюдения за ребенком использовался этологический метод (наблюдение за поведением в свободном общении). Учитывались также данные акушерского анамнеза: поздние токсикозы беременных, хроническая внутриутробная гипоксия плода, преждевременные роды.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования получены клинические данные, характеризующие динамику психического развития детей в 2-х возрастных периодах: до года, от года до 3 лет. Возрастной период до года изучался ретроспективно, по данным опроса матерей и анализа предшествующей документации. В возрастном периоде до года у большинства детей обнаружилось отставание в формировании основных статолокомоторных функций: держать головку в более поздние по сравнению с возрастной нормой сроки начали 9,8% детей основной группы, 5,3% детей контрольной группы, сидеть позже 6-7 месяцев - 41,1% детей основной группы, в контрольной группе 30,7% детей. Функция ходьбы сформировалась в сроки от 9 до 12 месяцев у 89,2% детей основной группы, у 97,6% - в контрольной группе. Общая двигательная активность детей до года характеризовалась бедностью, малоактивностью у 3,7% наблюдений, гипердинамичностью - у 9,8%.

Речевое развитие детей до года (предречевая фаза - гуление, лепет) были задержаны у 3,7% детей основной группы и у 1,4% детей контрольной группы.

Психоэмоциональное развитие детей до года имело свои особенности: комплекс оживления у них формировался в более поздние сроки, у 3,9% детей эмоциональные реакции были малодифференцированы, неярки.

Особенности инстинктивной сферы исследуемой группы детей представляли прежде всего нарушение сна, а также нарушение ап-

петита - 7,6%.

Показатели соматической заболеваемости у детей первого года жизни были значительно выше (11%) в основной группе, чем в сравнительной группе (4%).

Каждый третий ребенок (31,5%) отставал в росте на 2 и более см (в группе сравнения число таких детей было в два раза меньше).

В возрастном периоде от 1 до 3 лет нами обследовано 54 ребенка (из них 26 мальчиков). В этой возрастной группе прослеживалась дальнейшая задержка психомоторного развития детей. Дети и позже возрастной нормы начинали ходить, овладевать навыками самообслуживания. Формирование тонкой моторики у детей было задержанным и качественно недостаточным.

Общая двигательная активность у большинства детей характеризовалась чрезмерной подвижностью, расторможенностью, а также неловкостью движений.

Формирование навыков опрятности и самообслуживания было задержано у 28,8% детей основной группы и у 7,6% детей контрольной группы.

Речевое развитие имело следующие особенности: первые слова появились в возрасте до года у 40,3% детей основной группы и у 70,3% детей контрольной группы, от года до двух лет - у 18,5% детей основной группы, у 53,8% детей контрольной группы, позже 2 лет - у 4,2%. Фразовая речь сформировалась к двум годам только у 27,4%; в возрасте после двух лет только у 17,8% основной группы и 89,8% - контрольной группы, а 44,2% детей в основной группе вовсе не овладели фразовой речью к 3 годам. Качественными особенностями речевой функции исследуемой группы детей были недостаточный словарный запас, нарушение звукопроизносительной стороны речи, которая отмечалась у 27% детей основной группы, и у 27,6% детей контрольной группы.

Психоэмоциональные реакции у 24,6% детей имели качественные особенности и характеризовались бедностью эмоциональных реакций, последние определяли особенности игровой деятельности, дети не проявляли интереса к игрушкам, предпочитали им в игре различные предметы домашнего обихода.

У 31% детей отмечались следующие фобические феномены: страх темноты, животных, неожиданных громких звуков.

Нарушения соматовегетативной сферы были представлены нарушениями сна - 37,4%, нарушениями аппетита - 3%, трудностями

адаптации к новой обстановке, новым людям - 28%.

Выводы: таким образом, на фоне незначительной задержки формирования статомоторных навыков у детей преимущественно отстает от возрастной нормы развитие тонкой моторики, речевой сферы, психоэмоциональное развитие.

Проведенные исследования предполагают необходимость дальнейшего изучения влияния транзиторного гипотиреоза на последующее психофизическое развитие детей и организацию профилактики, лечебных мероприятий преимущественно в ранние сроки.

Литература

1. Коваленко Т.В., Петрова И.Н. Педиатрия.-№3.-2001.-с.25-29.
2. Ларичева И.П., Ленни В.Г. Гормональная диагностика гипотиреоза у новорожденных. //Методические рекомендации. М.-1988.-17с.
3. Ленни В.Г. –Вопр.охран.матер.-1975.-№1.-с.62-65.
4. Подпоренко А.Д., Зигизмунд В.А., Алиева Т.М. Особенности транзиторных гипотиреоидных состояний у новорожденных. //Педиатрия, 1999. Спец. выпуск. -с.88-89.
5. Таранушенко Т.Е., Костюк А.К., Лейман Т.В. и др. результаты неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз в Красноярском крае. Проблемы эндокринологии.-т.43.-№2.-1997.-с.18-20.
6. Определение уровня психического развития детей раннего возраста//Методические рекомендации.-М.-1984г.-50стр.
7. Thyroid hormones and neurodevelopment Lazarus John H. Clin. Endocrinol. [МФИШ]-1999-50, №2.- p.147-148.

Сведения об авторах

Шарипова Фарида Камильевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан. E-mail: farida48@mail

Шин З.В., Ашуров З.Ш., Ким Д.П.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В УЗБЕКИСТАНЕ И В МИРЕ

Аннотация. Проблема протекания и лечения шизофрении на данный момент полностью не изучена, вне исследований остается и гендерный аспект, который играет значительную роль в специфике протекания большинства патологических состояний. Это обусловле-

но, прежде всего, структурой психических качеств и их изменений при развитии болезни среди женщин и мужчин. В связи с чем нами было проведено исследование, для повышения эффективности психофармакотерапии с учетом гендерных различий.

Ключевые слова: шизофрения, психотерапия, фармакотерапия, гендерные особенности

Key words: schizophrenia, psychotherapy, pharmacotherapy, gender-sensitive

В мире насчитывается около полумиллиарда жителей Земли, страдающих от психических заболеваний. Подавляющее большинство из них больны шизофренией, которая в структуре психической патологии остается наиболее социально значимым заболеванием. Несмотря на внедрение новых психотропных препаратов в лечение шизофрении, около 28% больных остаются резистентными к проводимой терапии, что нередко заканчивается их инвалидизацией. Вполне вероятно, что ни при каких других заболеваниях не применялись столько разнообразных методов лечения, как при шизофрении. Почти каждое крупное открытие в области медицины побуждало к попыткам апробирования новых методов лечения для решения проблем терапии больных шизофренией [6, 534].

При возникновении шизофрении могут играть роль разнородные факторы, относящиеся к трем плоскостям – биологической, психологической и социологической. В одном случае могут доминировать одни (например, биологические), а в другом – другие (психологические или социологические). Это бывает видно из истории жизни больного. Такой принцип многофакторности следует учитывать при лечении. Лечение биологическими методами может представляться в конкретном случае наиболее адекватным, однако не следует забывать и о психологическом и социологическом лечении [2, 274].

В лечении шизофрении выделяют четыре основные последовательные этапы, которые приняты во всем мире. Первый этап представлен купирующей терапией, целью которой является снятие острой симптоматики (бреда, галлюцинаций, автоматизмов, агрессивности, психомоторного возбуждения и т.д.). Проводится чаще всего в стационарных условиях, значительно реже в условиях дневного стационара, еще реже амбулаторно. При этом может возникнуть необходимость в принудительной госпитализации и лечении, если это разрешено законом страны, в которой проводится лечение. В ряде стран с развитой системой внебольничной психиатрической помощи

лечение значительной части пациентов проводится амбулаторно, так как это существенно дешевле [7, 215].

Считается, что в условиях стационара продолжительность этого этапа может составлять от 1 до 3 месяцев. Критериями эффективности лечения является значительное уменьшение выраженности или исчезновение продуктивной симптоматики, нормализация поведения, восстановление критики и сознания.

Второй этап лечения шизофрении представлен стабилизирующей терапией, целью которой является подавление остаточной психотической симптоматики. Проводится в амбулаторных или полустационарных условиях. Продолжительность лечения может варьировать от 3 до 9 месяцев.

Третий этап коррекции негативной симптоматики, восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации проводится амбулаторно и требует от 6 до 12 месяцев.

Четвертый этап представляет собой профилактическую (поддерживающую) антипсихотическую терапию, целью которой является предотвращение новых приступов болезни, поддержание достигнутого уровня социального функционирования пациента. Проводится амбулаторно. Продолжается неопределенно долго, но в любом случае не менее 1-2 лет [9, 317].

Как было уже выше отмечено, лечение шизофрении состоит из основного и поддерживающего курсов, которыми предусмотрено применение биологической терапии (психофармакологической, электросудорожной, инсулинокоматозной), психотерапии, общеукрепляющей терапии и мер социальной адаптации больных. Основной курс направлен на устранение острых психических расстройств. Чаще всего его проводят в стационаре. Поддерживающую терапию назначают с целью закрепления положительных сдвигов, а также недопущения рецидивов болезни и ее осложнений [3, 44].

В соответствии с уровнем, достигнутым современной медициной, лечение в психиатрии сконцентрировалось на применении химических препаратов. Введение в начале второй половины нашего века психотропных лекарств, особенно нейролептиков, вызвало своеобразную революцию в психиатрии, они изменили атмосферу в психиатрии [1, 512].

В американских стандартах с 1999 года препаратами первого выбора при лечении острых состояний стали атипичные нейролептики. Согласно этим стандартам, традиционные нейролептики при острых

состояниях следует использовать только в следующих случаях: среди пациентов, у которых применение типовых нейролептиков не сопровождается значительными побочными эффектами; если необходимо введение нейролептика в виде инъекций (так, как инъекционные формы атипичных нейролептиков для лечения острых состояний пока отсутствуют); если необходимо быстрое подавление приступов агрессии и насилия со стороны пациента [5, 54].

По английским стандартам 2002 года, атипичные нейролептики являются препаратами первого выбора для больных с первым приступом заболевания, а также в ситуациях, где применение обычных нейролептиков или не дало результата, или сопровождалось выраженными побочными эффектами, в других случаях лечение следует начинать с «сильного» типичного нейролептика [4, 62].

Литературных источников о различные течения психических заболеваний в зависимости от пола пока немного и они очень противоречивы. Аналитическое исследование с использованием шкалы PANSS, проведенное шведскими учеными, не выявило различий по исследованиям, проведенных в США не было обнаружено гендерных различий в нейролептических реакциях у пациентов с шизофренией. В других исследованиях в Швеции, сфокусированных на гормональных факторах, связанных с дозой антипсихотических препаратов, было показано, что средняя дневная доза антипсихотика для равноценного контроля над симптомами была в два раза выше у мужчин, чем у женщин. В ретроспективном анализе международного исследования оланзапина и галоперидола женщины, получавших оланзапин, проявляли более значительную редукцию симптоматики до 4-й недели, чем женщины из других групп, и степень различия в уровне редукции симптомов оставалась ниже на протяжении всех 6 недель. Недавняя четвертая фаза исследований применения рисперидона в Канаде не смогла убедительно подтвердить любые различия при лечении, в реакциях на дозу или в побочных неврологических эффектах [8, 274].

Лечение шизофрении невозможно без психотерапии. Современная психотерапия шизофрении отличается гуманным отношением к больному, отношением к нему как к полноправному и активному участнику лечебного процесса, который сотрудничает с врачом.

В настоящее время в процессе лечения шизофрении, ее индивидуальная психотерапия продолжает оставаться лидирующей по результатам лечения, по сравнению с групповой и семейной психоте-

рапией шизофрении.

Психологические тренинги: тренинг уверенности в себе, тренинг развития коммуникативных навыков, тренинг творческого самовыражения и другие, общие разговоры о болезни дополняют клиническую психотерапию шизофрении, но не могут быть ее заменой.

Рациональная психотерапия направлена на успокоение больных, предотвращение опасных действий, убеждение в необходимости лечения, соблюдение определенного режима, внушение уверенности в выздоровлении, отвлечения внимания больных от болезненных переживаний, представлений, формирования критического отношения к ним.

Поведенческая и когнитивно- поведенческая терапия направлена на отработку профессиональных навыков.

Групповая психотерапия – уменьшает социальную изоляцию, восстанавливает чувство реальности.

Семейная психотерапия – для гармонизации взаимоотношений в семье, осознание родственниками пациента болезненности мотивов его поведения, потребности в упорном лечении, обучение правилам обращения с психически больными, а также с целью обмена опытом членов семьи.

В лечении больных шизофренией наиболее оправдана трудовая терапия (социотерапия). Она имеет психотерапевтическое воздействие на больного. Благодаря психотерапии удается повысить положительную активность больного, упорядочить его психомоторные функции. Труд имеет компенсационный влияние на психические функции, стимулирует общую активность, отвлекает больного от галлюцинаторных и бредовых переживаний.

Групповая терапия осуществляется в закрытых группах по 5-10 человек под руководством 1-2 ведущих (врач и специалист по социальной работе, медицинский психолог или социальный работник, возможны другие варианты). Включение в группу меньшего числа больных негативно сказывается на организацию взаимодействия и групповой динамике. Для амбулаторных больных занятия проводятся 1 раз в неделю и длятся 60-90 минут. В стационаре занятия могут проводиться 2-3 раза в неделю или ежедневно по 40-50 минут. Продолжительность этого вида терапии рассчитана на определенный срок, чаще в диапазоне 2-5 месяцев.

Как правило, в групповой терапии используются психообразовательные программы, которые помогают больше узнать о своей болез-

ни, о ее проявлениях, развеять неверные представления о ее прогнозах, успешность терапии, а также узнать о средствах, применяемых для лечения, реагирования на болезнь, на неправильное болезненное поведение и его последствия, о возникающих при этом проблемах и способах с ними справиться. Ответы на эту часть вопросов появляются в процессе обмена опытом, в процессе совместного обсуждения. Обсуждение помогает пациентам понять свои переживания, идентифицировать начальные проявления обострений и симптомы болезни, действие лекарств и их возможные побочные явления, получить поддержку при правильных действиях, стать осведомленным участником терапевтического процесса.

Групповая психотерапевтическая работа считается высокоэффективной. Здесь процесс восстановления, обучение, тренировки осуществляется в искусственно созданных условиях «защищенной среды», где в основу выработки решений самими пациентами положено интерактивный процесс. В группе производятся «нормы» взаимоотношений, а также не единственно возможное, а несколько решений, выбор которых соответствует сложности социальных отношений. Кроме того, группа обеспечивает обратную связь и взаимную поддержку.

Все более актуальной является проблема учета гендерных различий при разработке психотерапии больных шизофренией. Это обусловлено, прежде всего, появлением исследований структуры психических качеств и их изменений при развитии болезни среди женщин и мужчин.

Проводя исследования когнитивных стилей и социального функционирования больных шизофренией в группах мужчин и женщин, обнаружила следующее. У мужчин более хрупкая и неустойчивая самооценка, меньшая устойчивость к стрессам и фрустрациям, их это менее стабильное, они менее психологически выносливы, чем женщины; в ситуации психической болезни личностные нарушения у мужчин сильнее. Исходя из полученных данных исследования больных шизофренией среди мужчин и женщин, можно сделать вывод, о необходимости учета выявленных гендерных различий при разработке психотерапии, для более эффективного лечебного процесса.

Литература

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении: Краткое руководство / В.Д. Вид. – [3-е изд.] – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
2. Данилов Д.С. Лечение шизофрении / Д.С. Данилов, Ю.Г. Тюль-

- пин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 274 с.
3. Евсегнеев Р.А. Современные стандарты лечения шизофрении / Р.А. Евсегнеев // Медицинские новости. – 2004. – N 1. – С. 44.
4. Коробова Е.Л. Когнитивные стили и социальное функционирование у больных шизофренией / Е.Л. Коробова // Вестник Балтийской Педагогической академии. – СПб., 2006. – Вып. 71. – С. 62.
5. Стандарты оказания помощи больным шизофренией/ Под редакцией В.Н.Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера]. –М.: Московский НИИ психиатрии Росздрава, 2006. – 54 с.
6. Labelle A. Risperidone treatment of outpatients with schizophrenia: no evidence of sex differences in treatment response / A. Labelle, M. Light, F. Dunbar // Can J Psychiatry. – 2001. – P. 534.
7. Lack of gender differences in neuroleptic response in patients with schizophrenia. / [Pinals DA, Malhotra AK, Missar CD, Pickar D, Breier A] // Schizophr Res. – 1996. – P. 215.
8. Lindstrom E. Symptoms in schizophrenic syndromes in relation to age, sex, duration of illness and number of previous hospitalizations / E. Lindstrom, L. von Knorring // Acta Psychiatr Scand. – 1994. –P. 274.
9. Melkersson K.I. Dose requirement and prolactin elevation of antipsychotics in male and female patients with schizophrenia or related psychoses/ K.I. Melkersson, A.L. Hulting, A.J. Rane // Br J Clin Pharmacol. – 2004. – P. 317.

Сведения об авторах

Шин Зоя Витальевна – магистр психиатрии, ассистент кафедры психиатрии и наркологии Ташкентской Медицинской Академии, врач-психиатр 1 отделения Городской клинической психиатрической больницы, г. Ташкент, Узбекистан. E-mail: Aelita-mia@mail.ru

Ашуров Зарифжон Шарифович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской Медицинской Академии.

Ким Денис Петрович – степень магистра по наркологии, ассистент кафедры психиатрии и наркологии Ташкентской Медицинской Академии

Эгамбердиев К.К., Юлдашов Ж.А., Матрасулова Д.М.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ СТРЕСС И МЕТОДЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Keywords: stress, exam.

Ключевые слова: стресс, экзамен.

Наиболее значимыми стрессогенными ситуациями, вызывающие выраженные вегетативные сдвиги, являются периоды сессии и

сдачи экзамена. Сессия и экзамен представляются не чем иным, как социальной моделью эмоционального напряжения, для которой характерен высокий уровень социальной мотивации для достижения определенных целей. Исходя из этого, главную роль в формировании экзаменационного стресса играют особенности личности, такие как тревожность, функциональное состояние нервной системы, мотивационные установки индивида.[1]

Таким образом, особенности психофизиологической адаптации, уровень умственного и эмоционального напряжения, уровень требований, нарушения режима питания, отдыха и труда, а также многочисленные стрессогенные ситуации в виде зачетов, экзаменов могут приводить к срыву процессов адаптации, развитию психосоматических заболеваний.

Для профилактики данных нарушений необходимо введение экспресс-диагностик в медицинские осмотры студентов, психологических тренингов для формирования у студентов умений управлять своим психологическим состоянием, а также коррекции и оптимизации непосредственно учебного процесса.

Материалы и методы. Анкетирование 44 студентов 6-7 курсов Лечебного факультета Ургенчского филиала ТМА 18-20 лет тестом на учебный стресс. Полученные материалы обрабатывали непараметрическими методами с использованием пакета прикладных программ «Statistica 7,0». Результаты описательной статистики для количественных показателей $M \pm m$ (m – стандартное отклонение). При сравнении выделенных групп различия между ними считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0.05$. Интервьюирование студентов было анонимным и проводилось после получения информированного согласия.

Результаты и обсуждение. Последние научные исследования доказывают, что экзаменационный стресс имеет свое негативное отражение на функциях нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и иммунных систем организма [2]. Этому служат так называемые стресс-реализующие системы, представленные (1) гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, (2) симпатoadреналовой и (3) соматотропин-соматомединой системами.

В зависимости от «мишеней» перечисленных систем, различают несколько «первичных вегетативных сдвигов», наиболее часто отмечающиеся в ситуациях повышенного напряжения (рисунок 1).

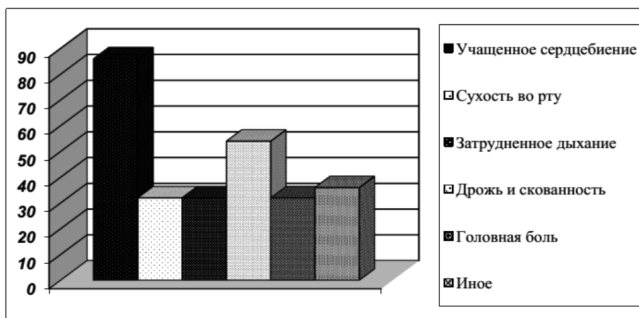


Рис.1. Признаки экзаменационного стресса.

1. «Учащенное сердцебиение». Психоэмоциональное напряжение, которое студент испытывает во время экзамена приводит к смещению равновесия в системе «стресс-реализующие/стресс-лимитирующие эффекты». Помимо этого, к развитию процессов, при которых наблюдается нарушение вегетативного гомеостаза и повышение подвижности нервной и сердечно-сосудистой систем. [3] Изменение ритма сердца – универсальный ответ на воздействие факторов внешней и внутренней среды как результат регуляторных влияний на сердечно-сосудистую систему. Именно поэтому сердце – одна из первых «мишеней» стресса. [4,5,9] Данное утверждение находит свое подтверждение в результатах нашего исследования: $86,3 \pm 8\%$ студентов выделили данный признак экзаменационного стресса из списка предложенных.

2. «Сухость во рту». Активация симпатической нервной системы ведет главным образом к уменьшению секреции слюнных желез, иногда значительно, из-за уменьшения кровоснабжения вследствие сужения кровеносных сосудов. [6] Данный признак является не столь характерным: всего $31,8 \pm 10,1\%$ анкетированных отметили у себя как один из признаков экзаменационного стресса «сухость во рту»

3. «Затрудненное дыхание» Экзаменационный стресс сопровождается изменением внешнего дыхания. Наблюдается увеличение частоты дыхательных движений, бронхиальной проводимости, что может объясняться: (1) повышением тонуса симпатического отдела нервной системы, которая способствует расширению бронхов, (2) активацией лимбической системы, (3) изменениями в функционировании стволовых центров дыхательной системы. [7] Этот показатель так же является не самым «популярным» - $31,8 \pm 10,1\%$ анкетированных отметили у себя данный признак.

4. «Дрожь и скованность» или так называемый усиленный физиологический тремор–тремор с амплитудой больше, чем обычный физиологический тремор. Возникает при возбуждении периферических β -адренорецепторов (чаще всего при действии эндогенного адреналина, серотонина при волнениях) [8,9] Данный показатель отметили у себя $54,5 \pm 10,8\%$ студентов.

5. «Головная боль». При активации стресс-реализующих систем происходит перераспределение крови в пользу сердца, головного мозга, вследствие чего в последнем происходит расширение кровеносных сосудов, что может послужить причиной ощущения головной боли. Другая причина в возникновении головной боли может заключаться в напряжении скелетных мышц шеи и затылка. По данным исследователей, экзаменационный стресс сопровождается снижением общей мощности спектра биоэлектрической активности мозга. [3] $31,8 \pm 10,1\%$ анкетированных выделили признак «головная боль» из списка перечисленных.

6. «Иное». В данном разделе студенты отмечали у себя такие состояния как покраснение лица, бессонница, боли в животе, раздражительность, плохая концентрация внимания.

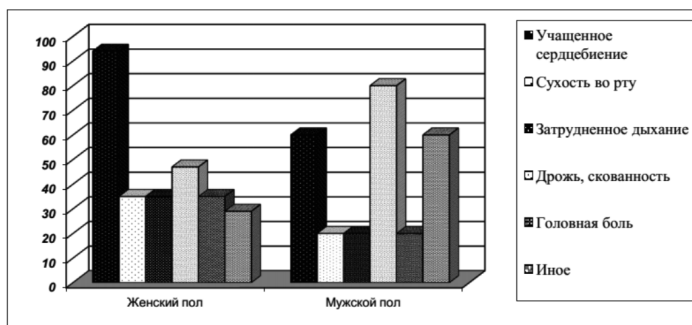


Рис.2. Гендерные особенности экзаменационного стресса.

При рассмотрении гендерных особенностей экзаменационного стресса были получены следующие результаты. Основное действие стресс-реализующих систем у девушек направленно на деятельность сердечно-сосудистой системы: 94% ($p < 0,05$) студенток отметили у себя явление тахикардии во время экзамена. В свою очередь, у молодых людей отражается на функциях нервно-мышечного аппарата: 80% ($p < 0,05$) выделили «дрожь и скованность» из перечисленных признаков экзаменационного стресса. Такие различия в реализации стресса могут объясняться особенностями не только физиологии, но

и особенностями психологии полов. Полученные данные необходимо учитывать при разработке и подборе методов коррекции стресса и пост стрессорных состояний у студентов.

Таким образом повторяющиеся стрессогенные периоды (сессия и экзамены) в сумме с неумением контролировать свое психоэмоциональное состояние и правильно планировать отведенное для подготовки к экзаменам время и организовывать свой режим дня не только на протяжении сессии, но и в течение всего учебного года могут привести к сдвигам в эмоциональном поведении в комплексе с вегетативно-гуморальными перестройками. [2] Это в свою очередь в дальнейшем сводится к проявления поведенческих расстройств на организме человека, так называемая «соматизация», развитию эмоционально-напряженных отношений в системе «учебный процесс – студент» в зависимости от предполагающих личностных особенностей.

«Студент». Включение в систему медосмотров экспресс-диагностик уровня психофизиологического состояния является важным и первым звеном на пути профилактики последствий стрессогенных ситуаций. Использование подобных измерительных методов имеет такие достоинства как объективный характер процедуры, ее независимость от случайных факторов, стандартизация, содержательность, достоверность, непосредственное взаимодействие процедуры измерения с объектом изменения, а также возможность одновременно диагностировать большое количество человек.[10] На сегодняшний день существуют множество методик психодиагностики. На наш взгляд, наиболее рациональным является использование шкал и опросников, выявляющие депрессию в сочетании с опросниками и шкалами для измерения тревоги, а также тестов-самоотчетов о состоянии здоровья и общего самочувствия студента.

На следующем этапе необходимо проведение психологических тренингов для студентов. Основной целью данного мероприятия является формирование умений и навыков у студентов управления своим эмоциональным состоянием. Перед проведением таких тренингов студентам необходимо осознать то чувство тревоги и беспокойства, его эмоциональное переживание, а также направиться на конструктивное разрешение проблем, связанных с описанным чувством.[11]

Так, например, особое место в снятии напряжения играет улыбка и смех. Как ни странно, удерживаемая на лице, она поднимает настроение, способствует притоку артериальной крови, после смеха

мышцы менее напряжены, головной мозг более интенсивно освобождается от продуктов метаболизма и тем самым наступает ощущение легкости. Чувство юмора является одним из важнейших и в тоже время простых способов снятия напряжения, сущность которого-комически воспринимать волнующие и серьезные ситуации. [12] По нашему мнению, главной установкой на период экзаменационной сессии можно считать утверждение «Делу-время, потехе– час». Не стоит слишком серьезно относиться к экзаменам, а ко всему происходящему лучше подходить с долей юмора и здравого смысла.

«Учебный процесс» Одной наиболее актуальных задач подготовки медицинских кадров является разработка приемлемого психологического обеспечения профессиональной деятельности. Решение данной задачи состоит из двух главных составляющих: (1) психофизиологические показатели состояния абитуриентов и основанный на таких показателях профессиональный отбор; (2) организации учебного процесса максимально направленного к медицинской практике. Основные недостатки существующих учебных программ медицинского ВУЗа:

- Преподавание по «органному принципу», т.е рассматривание отдельно каждой системы организма без представления взаимосвязи различных органов и комбинации физиологических процессов; [1]

- Изучение отдельного предмета вне связи с другими дисциплинами;

- Несоответствие программ с количеством часов по учебному плану;

- Тематика лекций и практических занятий охватывает поверхностно все разделы предмета без углубленного изучения и заострения внимания на наиболее актуальных вопросах;

- Замена обучающего компонента контролирующим;

- Увеличение количества дисциплин без пользы для формирования клинического мышления. [13]

По нашему мнению, устранение вышеизложенных недостатков учебного процесса позволят не только добиться оптимального уровня знаний молодого специалиста для самостоятельной работы, но и как следствие уменьшить напряжение и беспокойство, связанное со сдачей экзаменов.

Выводы. Проявления экзаменационного стресса зависят от индивидуальных психофизиологических особенностей студентов. Исходя из этого необходима разработка корректного метода своевременного

выявления и предотвращения развития стрессовых и постстрессовых состояний, которое, как нам видется, должно вытекать из системы взаимодействия «Учебный процесс – студент»:

1. Психофизиологическая диагностика и профессиональный отбор;
2. Подбор и проведение психологических тренингов, направленных на обучение студентов справляться со стрессом;
3. Коррекция и оптимизация учебного процесса с учетом обозначенных недостатков в работе. Правильная разработка обозначенных пунктов приведет к формированию динамического стереотипа как формы адаптации, а также позволит повысить качество выпускаемых молодых специалистов.

Литература

1. Глазачев О.С. Психосоматическое здоровье студентов медиков: возможности коррекции на основе оптимизации образовательных технологий // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А.Шолохова. Социально-экологические технологии. 2011. С.63-78
2. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2006. 256 с.
3. Деваев Н.П. Влияние экзаменационного стресса на регуляцию сердечного ритма и биоэлектрическую активность головного мозга у студенток // Вестник Нижегородского университета им. Лобачевского. 2010. №2. С. 622-626.
4. Меерсон Ф. З. Адаптация организма к стрессовым ситуациям и предупреждение нарушений ритма сердца // Успехи физиологических наук. 1987. Т. 18. №4 с. 56-79
5. Бусловская Л.К., Рыжкова Ю.П. Адаптационные реакции у студентов при экзаменационном стрессе. // Научные ведомости. Серия Естественные науки. 2011. №21. выпуск 17. С.47-51
6. Гайтон А.К., Холл Д.Э. Медицинская физиология. М.: Логосфера, 2008. 1256 с.
7. Дмитриев Д.А., Дмитриев А.Д., Сапёрова Е.В., Карпенко Ю.Д. Влияние экзаменационного эмоционального стресса на показатели системы внешнего дыхания студентов. // Новые исследования. 2011. Т.1, №26. С.22-29
8. Тремор // Национальное общество по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений URL: <http://parkinsonizm.ru/?page=84> (дата обращения: 17.06.2013).

Сведения об авторах

Эгамбердиев Кувончбек Косимович - магистр, ассистент ка-

федры подготовки ВОП Лечебного факультета, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Узбекистан. E-mail: kuvonch8484@mail.ru

Юлдашов Жасурбек Азатович - магистр, ассистент кафедры подготовки ВОП Лечебного факультета, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Узбекистан. E-mail: jasurbek.yuldashov.86@mail.ru

Матрасулова Дилдора Мухторбековна - магистр, ассистент кафедры подготовки ВОП Лечебного факультета, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Узбекистан. E-mail: dildora.matrasulova@mail.ru

Яковлев Е.А., Адилова Д.А., Лебедева С.В., Тяхт И.В.

АНАЛИЗ ПОСМЕРТНЫХ СУДЕБНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПОДКОСТКАМ, СТРАДАВШИМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, СОВЕРШИВШИМ СУИЦИД, ПРОВЕДЕННЫХ В ГУЗ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СВЯТОЙ СОФИИ» В ПЕРИОД 2014-2016 ГГ.

Аннотация. В данном исследовании анализируются посмертные судебные комплексные психолого-психиатрические экспертизы, проведенные в отделении АСПЭ ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» в 2014 – 2016 годах подросткам, страдавшим компьютерной зависимостью и совершившим суицид.

Ключевые слова: подросток, психические расстройства, комплексные психолого-психиатрические экспертизы, суицид, компьютерная зависимость.

Key words: teenager, mental disorders, complex psychological and psychiatric examinations, suicidal act, self-murder, computer addiction.

При вводе в поисковую строку запросов «интернет- зависимость» или «компьютерная зависимость» поисковые системы выдают огромное количество ссылок. Но при их посещении выясняется, что подавляющее большинство веб-страниц заполнено непрофессиональными околоспсихологическими рассуждениями или созданы для скрытой либо открытой рекламы определенных психологических или психотерапевтических услуг. При этом в качестве последствий возможность суицида у зависимых не упоминается [1, 2, 3, 4] и т.д.

Термин «Интернет-зависимость» ввёл доктор Айвен Голдберг в

1996 году для описания неосознанно долгого пребывания в Интернете. Причины возникновения такой интернет — зависимости могут быть различными, основные из них — отсутствие взаимопонимания и друзей в реальной жизни, сложности адаптации в новом коллективе, повышенная обидчивость, неумение строить межличностные отношения. Всё это человек пытается получить в виртуальном мире с нереальными друзьями. Подростковый возраст относится к критическому периоду психического развития. Интернет-зависимость способствует формированию целого ряда психологических проблем у подростков: конфликтное поведение, хронические депрессии, предпочтение виртуального пространства реальной жизни, трудности адаптации в социуме, потеря способности контролировать время пребывания за компьютером, возникновение чувства дискомфорта при отсутствии возможности пользования интернетом. Используя Интернет, подросток вместо стремления «думать» и «учить» предпочитает «искать». Многие дети открыто признают, что очень часто посещают запрещенные родителями сайты. При этом у них возникает иллюзия вседозволенности и безнаказанности, которая побуждает нарушать права человека. Так же, иллюзия безнаказанности может оказаться ловушкой и иметь серьезные последствия в реальной жизни. Игровая деятельность повсеместно признается крайне важным моментом развития, как отдельного человека, так и человеческих сообществ. Тем не менее, в увлечении компьютерными играми чаще всего склонны усматривать угрозу для развития личности, особенно если речь идет о подростках, у которых наблюдается зависимость от игр, когда заядлые игроки уходят от проблем реального мира с его сложностью и трудноразрешимыми проблемами. [5].

По результатам клинического исследования, проведенного на базе неврологического отделения КДЦ Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ – клинической базе отделения социальной психиатрии детей и подростков ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ в 2012-2014 годах, (когда было обследовано 110 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (54 девочки и 56 мальчиков), обнаруживающих признаки зависимого от интернет поведения) [6], ограничение взаимодействия с сетью у детей приводит к абстинентным реакциям. Как правило, абстинентная симптоматика развивается после того, как родители силой или обманом лишают ребенка возможности находиться в сети, отнимают мобильное устройство или отключают (блокируют паролем) персональный компьютер.

Первые признаки абстиненции развивались через 2-3 часа после вынужденного неиспользования сети (как правило, родители отнимали мобильное устройство) и проявлялись в нарастании раздражительности, внезапно возникавших эпизодах тревоги, вегетативных реакциях, «летучих» болях в мышцах и в области сердца, желудка, которые сопровождалась чувством тяжести в теле, часто воспринимались врачами педиатрами как продромальные явления, предшествующие ОРВИ. Отмечались головные боли, преимущественно стягивающего, давящего характера («словно на голову одели обруч»), сопровождавшиеся трудностью сосредоточения, тяжестью в голове, снижением настроения. На второй-третий день возникали эпизоды ажитации, дети металась по дому, пытаясь отыскать спрятанное родителями мобильное устройство, звонили сверстникам с просьбой принести им телефон, планшет, PSP, некоторые дети в заместительных целях начинали использовать примитивные электронные игры. Отмечались выраженные вегетативные нарушения – покраснение или побледнение кожных покровов, озноб, тремор, усиленное потоотделение. Детями отчетливо осознавалось острое влечение к сетевой активности, желание немедленно воспользоваться мобильным устройством. Они устраивали родителям скандалы, демонстративно угрожали суицидом, били посуду, рвали дома книги, выбрасывали свои школьные принадлежности, отказывались от еды. В случае, если родители оставались непреклонны, дети довольно быстро успокаивались. На третий-четвертый день большинство детей вели себя спокойно, жаловались на усталость, сонливость, многие засыпали и спали по 10-14 часов подряд, проснувшись, испытывали голод. На пятый-шестой день острота влечения к электронным устройствам резко снижалась, настроение выравнивалось, вегетативные расстройства нивелировались. Повышалась работоспособность, дети выполняли полученные в школе домашние задания. Реальных суицидальных попыток не предпринял ни один ребенок данной группы. [6].

В практике отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» в 2014 – 2016 годах имели место 16 случаев проведения посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по уголовным делам лицам, совершившим суицид, в двух случаях была диагностирована компьютерная зависимость у несовершеннолетних подэкспертных.

При проведении экспертиз были использованы методы клини-

ко-психопатологического исследования (исследование анамнеза, анализ психического состояния, анализ имевшихся симптомов психических расстройств) в сочетании с анализом данных сомато-неврологического состояния, анализом электронных носителей, содержащих информацию с личных страниц подэкспертных и следах их активности в Интернете, а также методов патопсихологического исследования, метод ретроспективной диагностики ситуации. Так, несовершеннолетний Z., 17-и лет, покончил жизнь самоубийством, прыгнув с крыши десятиэтажного дома в январе 2014 г. в Заводском районе г. Саратова. По данному факту было возбуждено уголовное дело по признакам состава преступления, предусмотренного ст. 110 УК РФ (доведение до самоубийства). При судебно-химической экспертизе крови от трупа Z. спирты и наркотические препараты не обнаружены. По материалам уголовного дела известно следующее. Z. воспитывался в полной родительской семье, но после смерти матери в 2003 году состав семьи изменился, у него появилась мачеха и сводные брат и сестра. По заявлению отца подэкспертного и его мачехи, они никогда не допускали жестокого обращения, унижения человеческого достоинства Z. Родители никогда не видели на теле Z. каких-либо телесных повреждений, он никогда не говорил родителям о том, что его кто-либо оскорбляет, унижает. В материалах дела не содержится сведений о раннем развитии Z. Никаких серьезных заболеваний у него не было, травм головы также не было. С 1-го класса по 10 класс обучался в общеобразовательной школе. В школу он пошел своевременно, с учебной программой справлялся, на повторный год обучения не оставался. У него были хорошие способности к учебе, но за период обучения проявил себя как ученик со средними способностями. Учился до 7-го класса на 4 и 5, после 7-го класса стал хуже учиться, на «тройки и четверки», в школе стал более замкнутым, общался со всем классом, но близких друзей не было. Спортом не занимался. Участвовал во всех школьных мероприятиях. В 8 классе у него начались эпизодические пропуски уроков. В школе Z. уважительно относился к учителям и одноклассникам, он не был склонен к конфликтам, умел согласовывать личные и общественные интересы. Подэкспертный никогда не жаловался на то, что кто-либо из сверстников, учителей или каких-либо посторонних людей оказывает на него психологическое или физическое воздействие, обижает, притирается к нему, высмеивает, унижает его честь и достоинство. Друзей в классе у него не было. На улице гулял редко, не имел реального,

«живого» круга общения. В кружках и секциях не занимался, увлекался Онлайн-играми. Суицидальных мыслей никогда не высказывал, суицидальных действий не предпринимал. В школе не относился к группам риска, у него не выявлялось повышенного уровня тревожности, а также склонности к суициду. Подэкспертный вредных привычек не имел, не был склонен к злоупотреблению спиртного, наркотиков, не курил сигареты. На учете у психиатра и нарколога не состоял. Отношения в семье были нормальные, временами бывали конфликты из-за школы, по поводу самообслуживания в быту, а также из-за повышенного увлечения подэкспертного интернет-играми. Отец занимался воспитанием сына, посещал все школьные собрания. Отец не бил Z., основным воспитательным действием на Z. был только запрет играть на компьютере. Все свободное от учебы время Z. проводил за игрой в интернет-игры или общаясь в социальных сетях. Там он имел достаточно широкий виртуальный круг общения. Примерно в сентябре-октябре 2013 года Сергей стал общаться в интернете с девушкой Линой Ростова-на-Дону, но спустя два месяца они расстались, после чего на странице интернета «В контакте» у Z. появился статус: «Меня бросила девушка, мне очень грустно». Спустя некоторое время статус Z. убрал, начал общаться с другими девушками. Переписка в социальных сетях в основном представляла из себя флирт и общение на бытовые темы. Среди индивидуально-психологических особенностей учителя и одноклассники отмечали: был добрым, вежливым, спокойным, но неразговорчивым, малообщительным, замкнутым и скрытным в школе. В социальных сетях был достаточно общителен и активен. В домашней среде вел себя иначе. Родители отмечали неустойчивость эмоционального состояния, вспыльчивость, раздражительность, гневливость, зависимость поведения от настроения, нежелание прислушиваться к критике в свой адрес со стороны близких, отсутствие желания изменять свое поведение в соответствии с адекватными требованиями семьи (улучшить успеваемость, меньше проводить времени в интернете, оказывать помощь по дому), которые воспринимались подэкспертным как чрезмерные (реакция подэкспертного: «Вы меня достали! Замучили! Отстаньте!»). В последнее время перед гибелью поведение Z. было обычным, каких-либо изменений в его поведении, реакций на те или иные события, родители, учителя и одноклассники не замечали. 11.01.14 г. в Интернет-общении с В. подэкспертный сообщает о проблемах в школе, о которых стало из-

вестно отцу и ожидает за них наказания (написал: «Сук училка вечером бабку позвонила... Она ж всё время звонит вечером... Падла... Кароч пи...дец мне завтра))) от бати... возможно в инет несмогу зайти)))...»). Других исходящих сообщений от подэкспертного до момента смерти в социальных сетях не имеется. По словам родителей, накануне смерти весь день Z. смотрел телевизор, так как играть на компьютере ему запретили, а также отец забрал у него телефон, чтобы Z. не играл в игры на телефоне. Примерно в 17 часов на бытовой почве между отцом и сыном произошел конфликт, в ходе которого отец отругал Z. за его поведение, но не избивал и не оскорблял его. На следующий день 13.01.2014 г. Z. пропустил занятия в школе, о чем по телефону сообщила отцу подэкспертного классный руководитель. Подобные ситуации возникали неоднократно ранее и вследствие этого не являлись необычными или повышено травматичными для подэкспертного. Заключение эксперта-психолога: Среди индивидуально-психологических особенностей Z. выявляется следующее: в школе умел согласовывать личные и общественные интересы, был добрым, вежливым, спокойным, неконфликтным, но неразговорчивым, малообщительным. В социальных сетях достаточно общителен, имел широкий виртуальный круг общения с юношами и девушками. В домашней среде был вспыльчив, эмоционально неустойчив, гневлив, отмечалась зависимость поведения от его собственного настроения. По представленным характеристикам у Z. отсутствовала склонность к застреванию на негативных переживаниях и их накоплению. Z. было свойственно нежелание прислушиваться к адекватной критике в свой адрес со стороны близких, отсутствовало желание самостоятельно изменять свое поведение в соответствии с адекватными требованиями семьи (улучшить успеваемость, меньше проводить времени в Интернете, оказывать помощь по дому), но после применения воспитательных воздействий со стороны семьи (в виде временного ограничения времени компьютерного общения и Интернет-игр) начинал корректировать свое поведение в лучшую сторону. В целом был способен контролировать и корригировать свое поведение в соответствии с социальными требованиями. Указанные выше индивидуально-психологические особенности Z. не оказали существенного влияния на его сознание и поведение в интересующей (исследуемой) следствии ситуации. В семье, где воспитывался Z., не допускали жестокого обращения с сыном, унижения его человеческого достоинства со стороны семьи. Родители никогда не замечали на теле

Z. каких-либо телесных повреждений, он никогда не говорил родителям о том, что его кто-либо оскорбляет, унижает. Временами возникали конфликты из-за школьной успеваемости и прогулов школьных занятий, по поводу самообслуживания в быту, а также из-за повышенного увлечения подэкспертного интернет-играми, но они носили временный, эпизодический характер. Отец не бил Z., основным воспитательным действием на Z. был только запрет играть на компьютере. После изменения Z. своего поведения в лучшую сторону конфликты исчерпывались и запретительные меры, в отношении его игры на компьютере, отменялись. Отец занимался воспитанием сына, посещал все школьные собрания. Ранее Z. суицидальных мыслей никогда не высказывал, суицидальных действий не предпринимал. На учете у психиатра и нарколога не состоял. В школе не относился к группам риска, у него не выявлялось повышенного уровня тревожности, а также склонности к суициду. В последнее время перед гибелью поведение Z. было обычным, каких-либо изменений в его поведении, реакций на те или иные события, родители, учителя и одноклассники не замечали. На бытовой почве накануне суицида между отцом и сыном произошел конфликт. Подобные ситуации возникали неоднократно ранее и вследствие этого не являлись необычными или повышенно травматичными для подэкспертного. По материалам дела, у Z. в период, предшествующий смерти, не усматривается признаков, способствующих формированию эмоционального состояния, predisposing к совершению суицида. Заключение экспертов-психиатров: ... можно предположить об имевшейся у подэкспертного формирующейся зависимости от интернета и компьютерных игр, о чем свидетельствуют материалы уголовного дела о неудержимом влечении подэкспертного к компьютерным играм, большой продолжительности нахождения в сети интернет, субъективной невозможности обходиться без сети, преобладанием интернет-коммуникаций как основной формы общения. Данное психическое расстройство, как правило, сопровождается нарушениями адаптации, но прямой причинно-следственной связи между этим расстройством и возникновением суицидальных мыслей и действий, по материалам данного уголовного дела, не усматривается. Как следует из результатов судебно-химического исследования крови от трупа, спиртных напитков и наркотических препаратов подэкспертный перед смертью не употреблял.

Несовершеннолетний X., 12-и лет, был обнаружен повешенным

дома, в г. Энгельсе в июле 2016 года. Подэкспертный воспитывался бабушкой, которая уделяла ему должное внимание, обеспечивала его материально, никогда не допускала жестокого обращения, унижения его человеческого достоинства. Подэкспертный не имел вредных привычек, не курил, в плохих компаниях не гулял. По месту жительства и учебы характеризовался положительно. Приводов в полицию не имел. В состоянии алкогольного или наркотического опьянения замечен не был. Жалоб и заявлений от граждан и соседей не поступало. На учете в ПДН и КДН подэкспертный не состоял. На учете у врачей нарколога и психиатра не состоял, за помощью к данным специалистам не обращался. Никаких серьезных соматических заболеваний у него не было. Никаких врагов не имел, ни на кого не жаловался. Ранее никогда не пытался покончить жизнь самоубийством, никогда этим не угрожал. Известно, что подэкспертный обучался в 6 классе школы, интереса к учебе не проявлял, испытывал трудности в усвоении материала по русскому языку, математике, английскому языку, плохо читал. Успеваемость была удовлетворительная. На уроках был неусидчив, невнимателен, на замечания учителя реагировал адекватно. Без уважительной причины занятия не пропускал. По характеру был спокойным, дисциплинированным, воспитанным, в классе с одноклассниками был доброжелателен, общителен, всегда заступался за девочек, старался избегать конфликты, проявлял должное уважение к старшим. Но в то же время среди индивидуально-психологических особенностей Х. окружающие отмечали высокую скрытность, отсутствие жалоб на какие-либо проблемы (только от других ребят бабушка знала, что к Х. в классе относятся плохо, сам он на проблемы в отношениях с одноклассниками не жаловался). Был очень гордым мальчиком, при обидах уходил в себя, всегда все держал в себе, закрывался, был малоразговорчивым. В то же время у него отмечалась повышенная впечатлительность, склонность к застреванию на негативных переживаниях и их накоплению. Круг его интересов составляли гуляние на улице и компьютерные игры. У Х. формировалась компьютерная игровая зависимость, подэкспертный очень тяжело выходил из компьютерной игры, длительное время переживал все события, происходящие с компьютерным героем. У него отмечались существенные перепады настроения, связанные с компьютерными играми, невозможностью играть в игры в связи с поломкой компьютера. Заключение психолога-эксперта: Исходя из анализа материалов уголовного дела и показаний свидетелей Х. очень тяжело перенес

потерю матери (которая после неоднократных суицидальных попыток окончила жизнь самоубийством через повешение), часто говорил о ней со своим братом, рассказывал бабушке, что мама ему очень часто снится. Кроме того, ему очень не хватало внимания бабушки по линии отца. (которая после рождения у отца Х. другого ребенка, стала реже общаться с подэкспертным), с отцом Х. практически не общался. У Х. формировалась компьютерная игровая зависимость. Он все свободное время посвящал компьютерным играм («... мог часами играть в компьютерные игры»), играл в них на уроках в школе, бабушка в ночное время заставляла его за игрой в компьютерные «стрелялки со сценами насилия», он «... мог специально встать в 5 утра, т.е. за 2-2,5 часа до школьных занятий и сесть играть в компьютер»), очень тяжело выходил из компьютерной игры, длительное время переживал все события, происходящие с компьютерным героем. У него отмечались существенные перепады настроения, связанные с компьютерными играми. Когда у Х. 08.07.2016 г. сломался компьютер, он очень тяжело переживал этот случай («... с силой разбросал имеющиеся на столе предметы и сильно оттолкнулся от стола. Это был единственный случай, когда Х. сильно выражал свои эмоции»). Также в показаниях бабки (опекуна подэкспертного) описывается немотивированный поступок, связанный с формирующейся компьютерной игровой зависимостью («... 10.07.16 г. Х. играл с мальчиками по телефону в игру, в которой сначала умирают, а потом оживают.... Х. обещал вернуться к 10 часам, но в 11.30 по телефону он сказал, что вообще не собирается возвращаться, что было крайне нетипично для Х., но все-таки согласился прийти домой»). По-видимому, у Х. в период, предшествующий смерти (10.07.2016 г.) имелось скрытое для окружающих кризисное психологическое состояние, предрасполагающее к совершению суицида, которое сформировалось на фоне тяжелой психоэмоциональной травмы Х. (связанной с потерей матери), недостатка общения с родственниками (бабушкой по линии отца, отцом), сложными отношениями с одноклассниками. Кроме того, такие характерологические особенности Х., как высокая скрытность, отсутствие жалоб на какие-либо проблемы, склонность «уходить в себя» при обидах, повышенная впечатлительность, склонность к застреванию на негативных переживаниях и их накоплению, эмоциональная незрелость в совокупности с тем, что у него отмечались существенные перепады настроения, связанные с компьютерной зависимостью, длительным переживанием всех событий, происходя-

щих с компьютерным героем, способствовали росту эмоционального напряжения, истощению ресурсов адекватного личностного реагирования с нарастанием непродуктивных переживаний и сужением диапазона психологических защит, прогрессирующего снижения уровня эмоциональной устойчивости. По силе охваченности субъективно значимыми проблемами, фиксации подэкспертного на них, непродуктивном характере их внутренней переработки, можно сделать вывод о развитии у Х. в период, предшествовавший смерти, внутриличностного кризиса и, как следствие, глубокого нарушения социальной адаптации, приведшее к добровольному уходу из жизни. По материалам уголовного дела у Х. выявляются признаки, способствующие формированию эмоционального состояния, предрасполагающего к совершению суицида. Комиссия психиатров-экспертов пришла к заключению, что Х., судя по представленным материалам дела, показаниям свидетелей, в последний год жизни обнаруживал зависимость от Интернета (компьютерных игр), относящуюся к «расстройствам привычек и влечений» по МКБ-10, о чем свидетельствуют материалы уголовного дела о неудержимом влечении подэкспертного к компьютерным играм, большой продолжительности нахождения в сети Интернет, субъективной невозможности обходиться без сети, общении с ровесниками, которые посвящали себя игре так же, как и он сам. Данное психическое расстройство сопровождалось нарушениями адаптации, которое в сочетании со склонностью длительное время переживать все события, происходящие с компьютерным героем, с существенными перепадами настроения, связанными с компьютерными играми, невозможностью играть в игры в связи с поломкой компьютера, оказало влияние на его суицидальное поведение.

Исходя из анализа двух вышеописанных случаев суицидального поведения у подростков, можно увидеть, что в целом своим поведением они не отличались от сверстников. По месту жительства и учебы подростки характеризовались положительно. Приводов в полицию не имели, на учете в ПДН и КДН не состояли. Не имели никаких серьезных соматических заболеваний. На учете у врачей нарколога и психиатра не состояли, за помощью к данным специалистам не обращались. Не имели вредных привычек, не курили, в состоянии алкогольного или наркотического опьянения замечены не были. Оба подростка посещали общеобразовательную школу, со школьной программой справлялись, но особого интереса к учебе не проявляли. В школе не были склонны к конфликтам, умели согласовывать личные и

общественные интересы. Окружающим подростки никогда не жаловались на то, что кто-либо из сверстников, учителей или каких-либо посторонних людей оказывает на них психологическое или физическое воздействие, обижает, придирается к нему, высмеивает, унижает честь и достоинство. У них не имелось широкого круга общения в реальной жизни, в школе общались со всем классом, но близких друзей не имели. Основное общение у обоих подростков осуществлялось в Интернете, в социальных сетях или через компьютерные Онлайн-игры. Других стойких увлечений не имели, в кружках по интересам или спортом не занимались. Суицидальных мыслей окружающим не высказывали, ранее суицидальных действий не предпринимали.

Оба подростка воспитывались в социально благополучных семьях, где дети были обеспечены материально. Однако в обоих случаях взрослые не уделяли должное внимание внутреннему миру подростков, на личные темы с детьми практически не общались, считали, что главное, чтобы дети были сыты и одеты и не имели проблем со школьной успеваемостью. В обоих случаях у подростков не было родной матери (умерла). Один подросток воспитывался в семье отцом, который считал главным обеспечение материальной составляющей семейных отношений. В другой семье подросток воспитывался бабушкой, которая стала реже общаться с ним и меньше уделять ему должного внимания после рождения другого внука.

Подросток Z. 17-ти лет имел эпизодические проблемы со школьной успеваемостью, вследствие чего у него возникали конфликты во взаимоотношениях с отцом, после разрешения подростком школьных проблем конфликтные ситуации исчерпывались. У подростка X. 12-ти лет имелось скрытое для окружающих кризисное психологическое состояние на фоне тяжелой психоэмоциональной травмы X. (связанной с потерей матери), недостатка общения с родственниками (бабушкой по линии отца, отцом), сложными взаимоотношениями с одноклассниками, скрываемыми от близких людей.

Для более старшего подростка Z. 17-ти лет было свойственно активно-протестное поведение во взаимоотношениях со старшими членами семьи для достижения цели – больше проводить времени в виртуальном пространстве, вследствие чего он противился адекватной критике в свой адрес со стороны близких, кричал и требовал возврата интернет-гаджетов, когда отец отбирал их в воспитательных целях. У подростка X. более младшего возраста (12 лет) отмечалось скрытое от окружающих саморазрушающее поведение, подчиненное

одной цели – проводить время в компьютерных играх, вследствие чего он не только незаметно играл в них на уроках в школе, но и без разрешения взрослых проводил ночные часы, необходимые для сна и восстановления организма, за игрой в компьютерные «стрелялки» со сценами насилия или мог специально встать в 5 утра, т.е. за 2-2,5 часа до школьных занятий и сесть играть в компьютер.

У обоих подростков отмечались существенные перепады настроения связанные с компьютерной зависимостью. По отзывам окружающих, подросток Z. 17-ти лет в начальной школе был жизнерадостным, веселым мальчиком, но с каждым годом становился как будто более нелюдимым, хотя в школе он и не относился к группам риска и по результатам школьного психодиагностического тестирования у него не выявлялось повышенного уровня тревожности, а также склонности к суициду. Вследствие более старшего возраста и большей зрелости личностных структур подросток Z. 17-ти в школе вел себя вежливо, спокойно, бесконфликтно, в социальных сетях имел широкий виртуальный круг общения с юношами и девушками, однако в домашней среде был вспыльчив, эмоционально неустойчив, гневлив, непредсказуем в поведении по отношению к членам семьи, отмечалась зависимость его поведения от разрешения или запрета со стороны старших находиться в виртуальных сетях (иногда кричал и требовал возврата мобильных устройств, иногда был готов выполнить любые просьбы старших, лишь бы ему разрешили компьютерные игры). По отзывам окружающих, подросток X. 12-ти лет в более младшем возрасте по характеру был спокойным, доброжелательным, общительным, всегда заступался за девочек, однако в дальнейшем (после смерти матери и вследствие формирующейся компьютерной зависимости) у него появилась малообщительность, склонность «уходить в себя» при обидах, повышенная впечатлительность, склонность к застреванию на негативных переживаниях, он очень тяжело выходил из игры, длительное время переживал все события происходящие с компьютерным героем. Кроме того у него отмечалось неадекватное восприятие существующего различия между жизнью и смертью. В материалах уголовного дела свидетели описывают случай, когда подросток X. играл по мобильному телефону в игру, в которой сначала умирают, а потом оживают. К обычному времени домой он не вернулся, а после звонка взрослых и их просьбу вернуться домой заявил, что вообще не собирается возвращаться, что было для него крайне не типично. После беседы со взрослым членом семьи все

таки согласился прийти домой.

У обоих подростков после ограничения времени нахождения в виртуальном пространстве (вследствие применения воспитательных воздействий со стороны семьи в виде временного ограничения компьютерного времени или в связи с поломкой компьютера) отмечалось временное изменение своего поведения в лучшую сторону – улучшение школьной успеваемости, взаимоотношений с близкими людьми, рациональный режим сна-бодрствования, выравнивание психоэмоционального фона.

Среди индивидуально-психологических особенностей, выявленных у обоих подростков отмечалось поверхностное социальное общение в школе, отсутствие настоящего «живого» общения, отсутствие других стойких интересов в жизни, кроме компьютерных игр и виртуального общения, низкая физическая активность (отсутствие занятий спортом). Также у обоих подростков отмечались такие личностные особенности, как - высокая скрытность, отсутствие жалоб окружающим на какие-либо проблемы, склонность «уходить в себя».

Таким образом, оба описанных случая суицида у подростков имели причиной целый комплекс разнообразных психологических и социальных факторов, находящихся между собой в особой взаимозависимости, а зависимость от компьютера и интернета (в первую очередь игровая) имела важную роль в формировании суицидального поведения, а проблема компьютерной и интернет-зависимости приобретает все более важное значение.

Считаем, что опыт АОСПЭ ГУЗ «ОКПБ святой Софии» представляет определённый интерес для практики и производства таких экспертиз, поскольку способствует выявлению и подтверждению механизмов формирования компьютерной зависимости у подростков, выявляет индивидуально-психологические особенности детей, предрасполагающие к формированию такой зависимости, а также социальные условия способствующие формированию у подростков эмоционального состояния, предрасполагающего к совершению суицида.

Литература

1. Проблема компьютерной зависимости у подростков - [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://psytheater.com/problemakompyuternoj-zavisimosti-u-podrostkov.html>
2. Психологические признаки компьютерной зависимости - [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://lecheniedepressii.ru/>

kompyuternaya-zavisimost-u-podrostkov.html

3. Лечение компьютерной зависимости (игровой зависимости, интернет-зависимости) - [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.psyopodderjka.ru/content/view/82/>

4. Компьютерная зависимость у подростков - [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://childage.ru/psihologiya-i-razvitiye/detskaya-psihologiya/kompyuternaya-zavisimost-u-podrostkov-kak-lechit.html>

5. Репина М. А., Федоров А. Ф. – Проблема интернет-зависимости среди подростков // Молодой ученый. — 2014. — №20. — С. 662-664.

6. Пережогин Л.О. – Клиника абстиненции при зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к нему // Москва, ФМИЦПиН им. В.П. Сербского – XVI СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань. –С.228-229.

Сведения об авторах

Яковлев Е.А. - врач – судебно-психиатрический эксперт заведующий отделением амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГУЗ «Саратовская областная клиническая психиатрическая больница Св. Софии»

Адилова Д.А. - врач-психиатр, судебно-психиатрический эксперт ГУЗ «Саратовская областная клиническая психиатрическая больница Св. Софии»

Лебедева С.В. - психолог-эксперт, медицинский психолог ГУЗ «Саратовская областная клиническая психиатрическая больница Св. Софии»

Тягт И.В. - психолог-эксперт, медицинский психолог ГУЗ «Саратовская областная клиническая психиатрическая больница Св. Софии»

Яковлев Е.А., Саранцева Н.А., Маркина О.В., Лебедева С.В.

АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, РАЗВИВШЕГОСЯ У ПОТЕРПЕВШЕГО, ПО МАТЕРИАЛАМ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ И АМБУЛАТОРНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В 2016 ГОДУ

Аннотация. В данном исследовании анализируется психическое расстройство, развившееся у потерпевшего по уголовному делу по ст. 30-105 УК РФ (покушение на убийство), по материалам медицинской документации и амбулаторной комплексной судебной психо-

лого-психиатрической экспертизы, проведенной в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» в 2016 году.

Ключевые слова: психические расстройства, потерпевший, судебно-психиатрическая экспертиза.

Key words: mental disorders, victim survivor, forensic psychiatric expertise.

Показания свидетелей и потерпевших имеют для следствия чрезвычайно важное значение. Даже у психически здоровых лиц имеются определенные различия в восприятии и воспроизведении событий, особенно если они происходят в необычных условиях, что может приводить к неточностям в показаниях и искажению обстоятельств, имеющих значение для объективного расследования преступлений. На процесс формирования показаний влияют психические расстройства, при которых могут наблюдаться не только искажения имевших место событий, но и оговоры и самооговоры. Поэтому для определения психического состояния потерпевших, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания, требуется обязательное назначение судебно-психиатрической экспертизы (п. 4 ст. 196 УПК РФ) [1]. Экспертиза по определению способности давать показания сложнее оценки невменяемости, поскольку здесь необходимо выяснить психическое состояние не только в момент деликта, но и в период следственных мероприятий, а также прогнозировать способность адекватного поведения и руководства своими действиями и высказываниями во время судебного разбирательства. Таким образом, своеобразие экспертизы заключается в том, что вопрос о способности давать показания может быть поставлен применительно к любому этапу юридически значимой ситуации вплоть до судебного заседания, т.е. возникает необходимость ретроспективной, презентальной и прогностической оценки психического состояния подэкспертного. В зависимости от психического состояния оценка способности давать показания в разные периоды времени может быть различной [2]. Приведенный ниже случай иллюстрирует данную проблему.

В амбулаторном отделении СПЭ ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» в 2016 году проводилась амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза гражданину Ф., 1962 г.р., потерпевшему по уголовному делу по ст. 30-105 УК РФ (покушение на убийство); в распоряжение экс-

пертов предоставлялись материалы дела и медицинская документация (3 истории болезни различных медицинских учреждений, в том числе психиатрического стационара, амбулаторная карта из поликлиники медицинского отдела УВД). Собрать достоверный анамнез со слов самого подэкспертного не представилось возможным по его психическому состоянию. По его словам, он родился единственным ребенком в семье, сведений о наследственности сообщить не смог. В детстве болел ангиной, скарлатиной. В школу пошел с 6 лет, классов не дублировал, был отличником, окончил 10 классов. Далее, по его словам, окончил «энергофак» Саратовского политехнического института, затем учился в академии МВД в г. Москве. Затруднялся датировать события собственной жизни, также не мог сообщить, какое из высших учебных заведений окончил раньше. Срочную военную службу не проходил. Занимал руководящую должность в правоохранительных органах с 2011 года, был женат с 2003 года. На учете у психиатра и нарколога он не состоял. О своем семейном положении сообщил, что «была жена, она умерла 6 месяцев назад», обстоятельства смерти раскрыть не мог. Согласно справке ИЦ ГУ МВД, подэкспертный не был судим. Была представлена положительная служебная характеристика. Из амбулаторной карты поликлиники медотдела УВД известно, что подэкспертный с 1985 года периодически проходил медицинские осмотры, в том числе – у врача-психиатра, признавался психически здоровым. Болел простудными заболеваниями, ОРВИ. В 2007-2008 годах лечился у невролога по поводу вертеброгенной цервикобрахиалгии. С 2012 г. по август 2015 года поликлинику не посещал, профилактические осмотры в 2013, 2014 и 2015 году не пройдены. Из материалов уголовного дела известно, что подэкспертный 30.11.15 г. был допрошен в качестве потерпевшего, при этом давал подробные последовательные показания. В частности, он сообщил, что состоит в браке с гражданкой К., 1969 года рождения, с 2003 года, назвал свой домашний адрес, место работы, должность. Пояснил, что около пяти лет периодически с супругой отдыхал на базе отдыха. Супруга прибыла на базу 06.08.15 г., сам подэкспертный – в субботу 08.08.15 г. Они жили в отдельном домике, супруга и он ловили рыбу, ужинали. Подэкспертный выпил около 100 граммов водки, супруга – коктейль из 50-70 граммов водки и сока. В 22.00 – 22.30 подэкспертный направился спать в домик, супруга продолжала ловить рыбу. В период с 00 часов до 02 часов 09.08.15 г. подэкспертный проснулся от шума, который доносился с берега, слышал несколько

мужских голосов, которые выражались нецензурной бранью, голос супруги, которая требовала, чтобы ее отпустили. Посмотрев в окно, увидел четырех незнакомых мужчин, полностью обнаженных, которые волокли супругу в баню, она упиралась, кричала, требовала ее отпустить. Видел, как они выкручивали ее супруге руки, наносили удары в спину и грудь. Подэкспертный выбежал из дома, требовал от мужчин оставить его супругу в покое. Они ответили отказом в грубой нецензурной форме, требовали от супруги заняться с ними сексом. Ф. принял решение освободить супругу, понимал, что один не справится с четырьмя, никаких других людей рядом не было. Он вернулся в домик, взял охотничье ружье, направился к бане. По дороге присоединил магазин и дослал патрон в патронник. К этому времени его супругу затащили на открытую веранду бани, она держалась за металлическую трубу, а ее тянули в баню, наносили ей удары руками, подэкспертный подошел к веранде и сделал предупредительный выстрел в воздух, вновь потребовал оставить супругу в покое, надеялся, что выстрел привлечет внимание сотрудников или посетителей турбазы. Он стал подниматься на террасу, продолжал требовать, чтобы супругу отпустили. В это время один из мужчин нанес ему удар ногой в пах, попал в левое бедро. Держа ружье двумя руками, одной за ствол, другой за приклад, Ф. стал заталкивать мужчин в открытую дверь бани, после этого развернулся, чтобы оказать помощь супруге, в этот момент кто-то нанес ему удар сзади по голове, каким-то твердым предметом, отчего он упал и потерял сознание. В сознание он пришел в машине скорой медицинской помощи. Также в своих показаниях подэкспертный сообщил, что впоследствии общался с администратором турбазы, описал их разговор, сообщил, где находился на лечении, аргументировал свои действия по самозащите и защите своей супруги. Допрошенная в качестве потерпевшей 01.12.15 г. К. (жена подэкспертного) подтвердила слова мужа, подробно описала свои действия, действия нападавших на нее людей, действия мужа. Пояснила, что сама получила многочисленные телесные повреждения, в результате чего находилась на стационарном лечении а также в поликлинике ГУ МВД. По факту происшествия с участием сотрудника МВД Ф. была проведена служебная проверка, травма Ф. признана полученной в результате умышленного причинения телесных повреждений, не связанных с выполнением служебных обязанностей, признано, что Ф. нарушил правила хранения оружия, «совершил действия, создавшие угрозу жизни, здоровью и безопасности граждан,

чем подорвал общественное доверие к нему, как к сотруднику полиции, и нанес значительный ущерб авторитету органов внутренних дел в целом». В 2015 году подэкспертный впервые осматривался терапевтом поликлиники медотдела УВД 10 августа, предъявлял жалобы на головокружения, головные боли, тошноту, что связывал с полученной травмой 08.08.2015 г. Был установлен диагноз: «ЧМТ с сотрясением головного мозга», назначена срочная консультация невролога. В тот же день осмотрен неврологом. Было отмечено: «8.08.15 г. на турбазе около 23.00 был избит неизвестными. Получил удары палкой по голове, по лицу.... Потеря сознания.... Головокружение. Пошатывается при ходьбе. При осмотре – множественные гематомы на правой половине лица, в надбровной области справа, ссадины на нижней губе, переносице. Мелкие гематомы на правом предплечье. Несколько заторможен. Диплопия ОД. Асимметрия носогубных складок. Отечная нижняя губа. Глазные щели правая меньше левой... в позе Ромберга атаксия. Пальце-носовую пробу выполняет с мимопаданием с 2-х сторон. Диагноз: «подозрение на сотрясение головного мозга?». Направлен на консультацию к нейрохирургу». Из истории болезни областной клинической больницы известно, что подэкспертный находился в указанном медицинском учреждении на стационарном лечении в нейрохирургическом отделении с 11 по 24 августа 2015 года. Ему был установлен диагноз: «Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга средней степени тяжести, с наличием контузионного очага левой височной доли. Ушибы, ссадины, кровоподтеки мягких тканей лица, головы, конечностей – плечевых, коленных суставов, левого бедра. Артериальная гипертензия 3-й ст., первая стадия, риск 2. Мочекаменная болезнь, конкремент правой почки. Гипертонический криз от 16.08.15 г. не осложненный. При исследовании методом электроэнцефалографии 13.08.15 г. «очагов патологической и эпилептической активности на момент обследования не выявлено. ЭЭГ в пределах возрастной нормы». При исследовании методом компьютерной томографии головного мозга 11.08.15 г. был выявлен «контузионный очаг левой височной области». Подэкспертный при поступлении предъявлял жалобы на «головную боль, головокружение, тошноту, общую слабость, боль в местах ушибов, ссадин», обстоятельства травмы были описаны следующим образом: «09.08.15 г. около 23.30 избит неизвестными на территории турбазы. Отмечал потерю сознания. После получения травмы стали беспокоить вышеперечисленные жалобы. Обратился за

помощью в ОКБ...». В неврологическом статусе отмечалось «в сознании, контактен. Ориентирован в окружающей обстановке и собственной личности правильно. К своему состоянию критичен. Афазии, дизартрии нет...». Получал лечение, на фоне которого отмечалось улучшение состояния, психических нарушений не описывалось, врачом-психиатром не консультировался, после курса лечения было отмечено, что оперативное лечение пациенту не показано, он выписывается на амбулаторное лечение у невролога и терапевта. Из амбулаторной карты поликлиники УВД известно, что с 25.08.15 г. подэкспертный продолжил лечение амбулаторно у невролога, несмотря на проводимое лечение у него сохранялись приступообразные головные боли, подташнивание, шум и звон в голове, слабость, головокружения, пошатывание при ходьбе, отмечался тревожный сон. 08.09.15 г. был консультирован психиатром, отмечены жалобы на «головные боли, головокружения, тошноту, слабость, утомляемость, сонливость, тревожный сон». В психическом состоянии был «ориентирован, контактен. Психотической симптоматики не выявлено. Память, интеллект не нарушены. Эмоционально лабилен. Настроение ровное, спит тревожно». Психиатрический диагноз установлен не был, психиатром лечение не назначено. В дальнейшем продолжал получать лечение у невролога, к жалобам добавилось «двоение» в глазах, тревожный сон. 30.10.15 г. вновь был консультирован психиатром, отмечались жалобы на слабость, головные боли, головокружение, раздражительность, неустойчивый сон. В психическом состоянии отмечались ипохондричность, выставлялся диагноз: «Астенический синдром», назначался соннапакс (тиоридазин). Продолжал лечение у невролога, 20.11.15 г. помимо указанного ранее, отмечались тремор головы и рук. 30.11.15 г. неврологом были отмечены «снижение памяти, нарушение сна, головные боли, головокружения». Больничный лист был закрыт 30.11.15 г., направлялся на ВВК, с ноября 2015 года записей в амбулаторной карте не делалось. С 20.01.16 г. по 03.02.16 г. Ф. находился в МСЧ МВД России на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: «Гипертоническая болезнь первой стадии, риск 2. Идиопатическое нарушение ритма... Закрытая травма черепа с ушибом головного мозга средней степени тяжести от 08.08.15 года, промежуточный период с астено-вегетативными проявлениями, когнитивными нарушениями, кистозно-глиозно-атрофическими изменениями. Органическое заболевание головного мозга. Депрессивный синдром. Ангиоспазм обоих глаз...».

03.02.16 г. пациенту было дано направление в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» для стационарного обследования, уточнения диагноза и лечения. Из истории болезни ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» известно, что подэкспертный поступил в указанное медицинское учреждение 04.02.16 г. Было отмечено: «Анамнез со слов матери: Наследственность не отягощена. Родился в полной семье единственным ребенком. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел своевременно, учился хорошо. Образование высшее, политехнический институт, военная кафедра. С 1985 года по настоящее время служит в структуре МВД.... Состоял в браке с 2003 года, с 23.12.2015 г. вдовец (жена умерла), детей нет. По характеру общительный, открытый. Ранее жалоб на психическое здоровье не предъявлял. 09.08.2015 года был избит неизвестными на территории турбазы, в результате чего лечился в нейрохирургическом отд. ОКБ с 11.08.15г по 24.08.15 г с DS: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга средней тяжести, с наличием контузионного очага левой височной доли. Ушибы, ссадины, кровоподтёки мягких тканей лица, головы, конечностей. В дальнейшем находился на амбулаторном лечении у невропатолога в МСЧ УВД.... Основные жалобы в этот период были на слабость, головные боли, головокружение, повышенную утомляемость, тревожный сон, пошатывание при ходьбе, тремор головы и рук, психовегетативные проявления.... Осматривался психиатром МВД 30.10.15 г. Предъявлял жалобы на слабость, головокружение, раздражительность, неустойчивый сон. Диагностирован астенический синдром, назначен соннапакс по 10 мг 3 раза в день. Нарушений интеллектуально-мнестических функций во время осмотра не было выявлено. С 30.11.15г в осмотре невропатологом зафиксированы жалобы на снижение памяти, бессонницу, вегето-сосудистые проявления на фоне общей астении. Назначено лечение циркадином, парацетамом 1600 мг/сут. Пациент, находясь на амбулаторной терапии, проживал с женой, поведение не отличалось от обычного, заметных нарушений памяти не наблюдалось. В конце декабря у жены обнаружили проблемы со здоровьем, лично уговорил её на госпитализацию и отвёз в больницу, где через 5 дней она умерла. Переживал потерю любимого человека, но не выглядел подавленным, замкнутым, рассеянным (со слов родителей). По просьбе родственников жены занимался организацией похорон и отправкой её тела на родину, в город Владивосток. Сам больной на похоронах не

был, так как проходил лечение в поликлинике МВД включительно до 04.01.16 г. Через неделю, 31.12.15 г. позвонили с работы, с угрозой увольнения пациента за прогул, оперируя неожиданным фактом – закрытием листа нетрудоспособности 30.12.15 г. Новогодние праздники больной провёл в напряжении, тревоге, с подавленным настроением. С 11.01.16 г. оформил отпуск без содержания в отделе кадров. На следующий день, со слов матери, резко изменился в поведении: замкнулся, перестал выходить из дома, ограничил общение с родителями, амнезировал обстоятельства своей ЧМТ, смерть жены 23.12.15 г. Многократно задавал одни и те же вопросы, постоянно спрашивал, где жена, полученные ответы не удерживал в памяти в рамках 5-10 минут, был растерян, плохо ориентировался в месте и времени, нуждался в посторонней помощи, нарушился сон и аппетит, похудел. Родители были вынуждены временно переехать к нему жить. С 20.01.16 г. по 03.02.16 г. лечился в МСЧ МВД в терапевтическом отделении по поводу гипертонической болезни, где пребывал под опекой матери, которая также проходила там лечение, являясь сотрудником МВД. После выписки соматическое состояние улучшилось, появился аппетит, возобновилось общение с близкими, однако мнестические нарушения сохранялись в том же объеме (путал текущие год, дату, свой возраст, забыл о смерти жены, обстоятельства своей ЧМТ, не удерживал полученную информацию в рамках 5-10 минут). Психиатром поликлиники МВД направлен на стационарное обследование и лечение в ОКПБ впервые в жизни». Неврологический статус описывался следующим образом: «Зрачки симметричные, реагируют на свет, слабость конвергенции. Носогубная асимметрия. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей $D \geq S$ живые, с нижних $D \geq S$. Симптом Маринеску-Радовичи (+). Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Движения в крупных суставах в полном объеме. В позе Ромберга пошатывается». В психическом состоянии при поступлении отмечено: «Внешний вид опрятный. На вопросы отвечает монотонно, с излишней детализацией, с отступлениями, используя слова «вероятно», может быть», могу предположить», мне кажется». Объём внимания сужен, отмечается трудность переключения. Жалуются на снижение памяти, периодическую боль в левой височной области. Сознание ясное. дезориентирован в месте и времени. Путается в текущем годе, дате, пользуется подсказкой – смотрит на наручные часы, настенный календарь. В собственной личности ориентирован частично. Правильно называет имя, фамилию и отчество, занимае-

мую должность, год рождения. Путается в возрасте, говорит то 45 лет, то 40 лет. При высчитывании возраста, называет то 2005 г, то 2015 г. С трудом производит вычитание в уме, письменно вычитает с ошибками. В ходе беседы удивляется, что будет лечиться в психобольнице, уверен, что находится в стационаре МВД. Объясняет свою уверенность тем, что увидел много знакомых лиц - сотрудников МВД среди больных (что соответствует правде). Несмотря на многочисленные повторы, не может запомнить имя лечащего врача. Говорит, что совсем не помнит обстоятельства своей ЧМТ, отрицает факт смерти жены (23.12.15 г). Заявляет, что сомневается в её смерти, потому что она человек здоровый, занимается спортом, не видит причин для смерти. На повторные сообщения о смерти супруги не наблюдается эмоциональных и психовегетативных реакций. Отмечается монотонность и стереотипность высказываний. Не замечает противоречия в своих суждениях. Мышление торпидное, обстоятельное. Мнестические функции нарушены: резко утратил воспоминания о важном травматическом событии - смерти жены, а также частично цепочку событий, связанных с ЧМТ, перемещает события во времени (сообщает, что учился в академии МВД в 2015 г., считает, что жена находится в Москве, говорит, что покупает себе сигареты по ценам времен СССР). Нарушен фиксационный компонент запоминания - не сохраняет в памяти события, происходящие в рамках 5-10 минут, отмечаются ложные воспоминания (сказал врачу, что читает книгу, показать её не смог, не нашел). Письмо не нарушено, заданные арифметические действия выполняет правильно, без задержки. Без ошибок воспроизводит таблицу умножения. Называет все основные исторические даты. Переносный смысл пословиц и поговорок трактует правильно. Интеллектуальная продуктивность снижена с неспособностью усваивать новую информацию Бредовые идеи и галлюцинации не выявляются. Эмоционально монотонен, в течение дня настроение ровное. Суицидальные мысли отрицает. В отделении ориентируется с трудом. Пользуется помощью мед. персонала и сочувствующих больных, спрашивает их об одном и том же (путает палату, ищет туалет в другом месте). Сон и аппетит достаточные». Был установлен диагноз: «Амнестический синдром». Получал лечение, но на момент экспертизы какой-либо заметной динамики в его состоянии не отмечалось. Этапный эпикриз от 12.02.2016 года: «Больной находится на обследовании и лечении в ОКПБ с 04.02.16 г. по настоящее время. В анамнезе: 09.08.2015 г. был избит неизвестными, получил ЗЧМТ с

ушибом г/м. В течение 5 месяцев лечился и наблюдался у нейрохирурга, невролога, за это время психических нарушений и грубых нарушений памяти не отмечалось. На фоне двух психотравмирующих событий, (конец декабря), с 12.01.16 г. поведение характеризовалось проявлениями диссоциативной амнезии: амнезировал обстоятельства своей ЧМТ, смерть жены, многократно задавал одни и те же вопросы, постоянно спрашивал, где жена, полученные ответы не удерживал в памяти в рамках 5-10 минут, был растерян, плохо ориентировался в месте и времени, направлен психиатром МВД в ОКПБ. Клиническая картина болезни определяется дезориентировкой больного в месте, времени, наличием торпидного, обстоятельного мышления, нарушениями внимания, трудностью его переключения, нарушениями памяти в виде фиксационной амнезии, эпизодами псевдореминисценции, конфабуляций, проявлениями церебрастении, симптомами диссоциативной амнезии с частичной беспомощностью больного. В результате проводимой терапии (цитофлавин, кортексин, феназепам, тералиджен) психическое состояние остается практически без изменений. По своему психическому состоянию нетрудоспособен. Трудовой прогноз сомнительный. Нуждается в продолжении стационарного лечения... Диагноз: Органическое заболевание головного мозга сложного генеза (травматического, сосудистого). Амнестический синдром, возможно травматического и психогенного характера». Из записи от 24.02.16 г. «у больного с 19.02.16 г. изменилось психическое состояние, стал подозрительным, раздражительным, отказывался принимать назначенное лечение, заявил, что «он не болен. Находился в двигательном возбуждении, ходил по отделению, собирал вещи, чтобы куда-то идти, курил в палате, отказывался принимать пищу. Искал в одежде свое табельное оружие. Обвинил медперсонал в его краже... неоднократно вместо туалета заходил в женские палаты. На замечания не реагировал, сидел одетый в верхнюю одежду в палате на кровати, искал умершую жену... крайне беспокоен, не доверяет лечащему врачу и медицинскому персоналу... Мышление торпидное, обстоятельное... сохраняются мнестические нарушения в виде конфабуляций и псевдореминисценций, фиксационной амнезии. Эмоционально неустойчив...». Был переведен в общее психиатрическое отделение закрытого типа для дальнейшего лечения. После перевода психическое состояние оставалось практически без изменений, продолжал лечение с диагнозом: «Органическое поражение центральной нервной системы травматического, со-

судистого генеза с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением, амнестический синдром». 18 марта 2016 г. был представлен врачебной комиссии. Из протокола ВК № 23: «... В стационаре получает необходимое лечение, но несмотря на это психическое состояние определяется выраженным интеллектуально-мнестическим снижением (амнестический синдром). Плохо спит, частично беспомощен. По своему психическому состоянию в настоящее время нетрудоспособен... Диагноз: «Органическое поражение центральной нервной системы травматического, сосудистого генеза с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением, амнестический синдром». Рекомендовано продлить лечение в стационаре» (история болезни № 571). Является инвалидом 2 группы по заболеванию, полученному в период военной службы с 08.04.2016 г. (справка МСЭ). Следствием установлено: Ф. является потерпевшим по признакам преступления предусмотренного ст. 30 ч. 3 – ст. 105 ч. 2 УК РФ по факту покушения на убийство. По данному делу 17.02.16 г. была проведена первичная амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии». На момент первичной экспертизы его психическое состояние описывалось следующим образом: «дезориентирован в месте и времени, не может назвать текущей даты, долго вспоминает текущий месяц, год, не знает дня недели, даты поступления в больницу, затрудняется сообщить, в какой больнице находится, где она расположена, каким транспортом сюда добирался, по каким улицам ехал и т.д. В собственной личности ориентирован не точно, затрудняется сообщить свой возраст. На вопросы отвечает подробно, с большим количеством малозначащих деталей, из-за чего теряет нить беседы, при этом не может вспомнить заданного вопроса. Предъявляет жалобы на «временную потерю памяти, настроение немножко ниже среднего». Других жалоб сформулировать не может. Отмечаются выраженные нарушения памяти, как на события прошлого, так и на текущие события. Затрудняется датировать события собственной жизни (не смог сообщить дат окончания высших учебных заведений, дат свадьбы, поступления на службу в органы внутренних дел, не смог сообщить свою должность и место работы, представился «инспектором УИН»). Затрудняется определить порядок событий собственной жизни – например, какое из двух высших учебных заведений закончил раньше, и т.д. Отмечаются явления фиксационной амнезии (затруднение запоминания текущих

событий): не смог сообщить имени лечащего врача, которая беседовала с ним за 20 минут до начала экспертизы, считает, что его лечащий врач – «мужчина, примерно 30 лет, его зовут Владимир, отчетливо интересное и необычное, но запомнить я его не могу». Не может сообщить, что ел на завтрак, который состоялся за 30 минут до начала экспертизы, какие утром принимал лекарства и в каком количестве, какие медицинские процедуры проводятся ему в отделении, на каком этаже находится его палата, сколько в ней лежит человек. Затрудняется сообщить, где находится его жена, навещает ли его она в больнице, не знает о ее смерти, хотя по данным медицинской документации, занимался организацией ее похорон. Реальные обстоятельства полученной травмы (описанные им в показаниях 30 ноября 2015 г.) полностью амнезировал. Не может сообщить, когда, сколько раз беседовал со следователем, какие показания давал ранее, подписывал ли их. Причину госпитализаций в медицинские учреждения объясняет следующим образом: «было столкновение на территории Чеченской республики примерно один месяц назад. Я выполнял задание командования, возможно была контузия от брошенной ручной гранаты, либо самодельного взрывного устройства. Был вечер, мы подъехали для беседы с представителями МВФ. Нужно было выяснить момент оперативного характера. Завязалась перестрелка, стреляли все, обе стороны, применялись и самодельные и фабричные взрывные устройства. Нам нужно было получить взаимно информацию и не перестрелять друг друга, но лица кавказской национальности очень часто теряют родственников, друзей и не могут держать себя в рамках. Потом мне объяснили, что у меня была травма головы, возможно взрывом. С того момента я не помню, что было. Пришел в себя в транспорте, мы подъезжали к медпункту, меня осматривал доктор, задавал вопросы, какие – не все помню. Я лечился во временном пункте оказания медпомощи, мне делали инъекции, оттуда привезли в Саратов». Затрудняется сообщить, в каких медицинских учреждениях проходил лечение. На фоне лечения, по его словам, «лучше стало с памятью, стал лучше ориентироваться». Мышление вязкое, обстоятельное, замедленное по темпу. Затрудняется выделять главное из второстепенных незначительных деталей. Испытывает значительные трудности при выполнении тестов на обобщение, различие, абстрагирование. Затрудняется объяснить переносный смысл пословиц, либо объясняет их конкретно. Забывает задание, начинает рассуждать на отвлеченные темы. Так, на просьбу объяснить пере-

носный смысл выражения «в тихом омуте черти водятся» рассказал: «предположим, что есть река в определенном географическом положении, учитывая условия, погода должна быть хорошая, без ветра и река не слишком глубока, то наблюдаются соответствующие определенные природные явления». Испытывает трудности при выполнении арифметических действий в уме. Расстройств восприятия не выявлено. Внимание не устойчивое, быстро истощается, устает в беседе, требуется отдых. Эмоционально монотонен, фон настроения несколько снижен. Критика к своему состоянию отсутствует. Реальных планов на будущее нет». Заключение психолога-эксперта в рамках первичной КСППЭ (февраль 2016 г): «у потерпевшего Ф. была выявлена высокая истощаемость психических процессов, трудности переключения внимания. Отмечен пониженный уровень мнестических достижений (памяти) подэкспертного, явления биографической амнезии (Ф. резко утратил воспоминания о важных травматических событиях - смерти жены, цепочку событий, связанных с ЧМТ). На момент проведения экспертизы путал текущий год, дату, свой возраст, не удерживал полученную информацию в рамках 5-10 минут. Экспериментально выявлено снижение механической памяти, выраженная недостаточность долговременного и смыслового запоминания, замедленность динамики запоминания. Нарушен фиксационный компонент запоминания (не сохраняет в памяти события, происходящие в рамках 5-10 минут), отмечаются конфабуляции памяти (ложные воспроизведения, что является характерным для «органического» симптомокомплекса). При исследовании мыслительных процессов обнаруживается инертность (замедленность), вязкость мышления, монотонность и стереотипность высказываний, крайняя обстоятельность ответов с излишней детализацией, большим количеством малозначащих деталей и, не относящимися к теме беседы отступлениями, из-за чего теряет нить беседы и не может вспомнить заданного вопроса. Мыслительные процессы пониженной продуктивности, с пониженной способностью выделять главное из второстепенных незначительных деталей, с пониженным абстрагированием и пониженной способностью к усвоению новой информации, с неспособностью самостоятельно установить причинно-следственную последовательность событий, критически осмыслить ситуации. Отмечается снижение запаса общих сведений и знаний, ограничение кругозора бытовыми интересами. Среди индивидуально-психологических особенностей Ф. выявляются такие, как – пассивно-созерца-

тельная позиция, инертность, чувство опустошенности, усталости, пессимистический настрой, стремление к покою, расслаблению и отдыху. Отмечается отсутствием гибкости в выборе стратегий поведения, склонность к «вытеснению» из сознания отрицательных эмоций и негативных переживаний. В межличностных отношениях отмечается тенденция к отходу от социальных контактов, ограничению сферы общения, выраженное состояние дезадаптации, повышенная чувствительность к внешне-средовым воздействиям, снижение адаптивных возможностей психики, отсутствие реальных планов на будущее, снижение волевого компонента поведения, безразличие к оценке результатов своей деятельности. Выявленные у Федорова О.Г. вышеуказанные индивидуально-психологические изменения являются специфическими и являются признаками «органического» симптомокомплекса». Заключение экспертов: «выявляется... органический амнестический синдром... в настоящее время Ф. не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, не может давать о них показания. Прогноз имеющегося у Ф. психического расстройства неопределенный, в связи с чем он нуждается в продолжении наблюдения и лечения у психиатра, при улучшении его психического состояния, при необходимости, возможно проведение повторной судебно-психиатрической экспертизы...». После проведенного обследования и лечения в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» заметного улучшения в состоянии Ф. не отмечалось. Учитывая мотивы, тяжесть и обстоятельства совершенного преступления у следствия возникла необходимость в назначении дополнительной амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. При проведении дополнительной КСППЭ (июнь 2016 года) описывалось психическое состояние подэкспертного: «сознание ясное, внешне опрятен. Несколько дезориентирован в помещении, озирается, оглядывается, всматривается в лица, присутствующих людей. В кабинете в сопровождении адвоката, знает, что зовут его Александр, называет его «друг». Более подробной информации дать не может. Знает, что приехал в психиатрическую больницу для проведения ему экспертизы, «я уже здесь был», знает, что беседовал в прошлый раз «с мужчиной». Путается в текущей дате, верно называет год, вопросительно спрашивает про текущий месяц, называя его верно. Не знает дня недели. В собственной личности ориентирован, но затрудняется сообщить свой возраст. На вопросы отвечает под-

робно, с большим количеством малозначащих деталей, обстоятельно. Сообщил, что проживает сейчас с матерью и отцом, которые ухаживают за ним, готовят ему пищу. Сообщил, что его жена умерла 6 месяцев назад, однако, не ответил, где похоронена, поверхностно разъяснил обстоятельства ее смерти. При рассказе о смерти жены эмоционально невыразителен. Сообщил, что в свободное время читает книги, «альтернативные истории», играет в компьютерные игры. Про нахождение в стационаре психиатрического типа сообщил, что «не было смысла, эффективность лечения – ноль». Не знает своего лечащего врача, называет его «мужчина». Сообщил, что на стационарное лечение поступил в феврале, находился на лечении примерно месяц, что соответствует действительности. В настоящее время жалоб не предъявляет, не обеспокоен своим процессуальным положением и состоянием здоровья, своим будущим не интересуется. При расспросе о быте сообщил, что стоимость продуктов: «хлеб – 22, молоко – 22, макароны – 10 рублей, сахар – 50, сигареты курит «Родопи», «Стюардесса», которые стоят 30 рублей». Сообщил, что пенсия у него по выслуге лет, получает ее самостоятельно. При этом размер ее назвать не смог, сообщил лишь, что 1/3 тратит на продукты. На многие наводящие вопросы и вопросы, касающиеся событий, произошедших с ним ранее, часто отвечает «не готов ответить». Отмечается снижение памяти, как на события прошлого, так и на текущие события. Затрудняется датировать события собственной жизни (не смог сообщить дат окончания высших учебных заведений, дат свадьбы, поступления на службу в органы внутренних дел, не смог сообщить свою должность). Затрудняется определить порядок событий собственной жизни – например, какое из двух высших учебных заведений закончил раньше, и т.д. Сообщил, что получает лекарственные препараты, прописанные ему врачом, однако, какие утром принимал лекарства и в каком количестве не называет. Обстоятельства полученной травмы (описанные им в показаниях 30 ноября 2015 г.) рассказывает приблизительно к ранее данным показаниям. Сообщил: «с женой были на турбазе, рядом стоял дом с баней, где они выпивали, отдыхали... Потом стали задираться... я услышал, что моя жена кричит, зовет на помощь... Я увидел, что они тащат ее за руки в свой дом. Я сообразил, что один с ними не справлюсь, вернулся в домик за оружием. Стал идти в их направлении, предупреждая их словами, выстрелил в воздух, чтобы их напугать... Когда развернулись с женой и стали возвращаться в дом, меня ударили, очнулся в больнице».

Рассказал, что его супруга после выписки еще была жива, ездила с ним на место происшествия давать показания, «местные, которые нас знают, все время спрашивали, что с вами случилось, почему вы такие худые». На дополнительные вопросы отвечает «не готов ответить». Не может сообщить, когда, сколько раз беседовал со следователем. Затрудняется сообщить, в каких медицинских учреждениях проходил лечение. Сообщил, что лечился в областной психиатрической больнице, а в последнее время «посещал психиатра МВД, последний раз неделю назад». На фоне лечения, по его словам, «стал спокойнее, нервное напряжение пропало, понял, что есть положительные тенденции. Лучше стало с памятью, стал лучше ориентироваться». Мышление вязкое, обстоятельное, замедленное по темпу. Затрудняется выделять главное из второстепенных незначительных деталей. Испытывает значительные трудности при выполнении тестов на обобщение, различие, абстрагирование, объяснение переносного смысла пословиц. Испытывает трудности при выполнении арифметических действий в уме. Расстройств восприятия не выявлено. Внимание не устойчивое, быстро истощается, устает в беседе, требуется отдых. Эмоционально монотонен, невыразителен. Критика к своему состоянию снижена. Высказывает планы «жить, ловить рыбу, ездить на дачу». Заключение эксперта-психолога. «Поскольку подэкспертный Ф. обнаруживает психическое расстройство, а его индивидуально-психологические особенности являются проявлением этого расстройства, ответы на поставленные вопросы входят в компетенцию психиатров-экспертов». На основании вышеизложенного, комиссия экспертов пришла к заключению, что «... Ф. в течение жизни, вплоть до получения им черепно-мозговой травмы с 8 на 9 августа 2015 г., каким-либо психическим расстройством не страдал, мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, давать о них показания, оказывать сопротивление лицам, причинившим ему телесные повреждения. В настоящее время Ф. обнаруживает психическое расстройство в виде органического заболевания головного мозга сложного генеза (травматического, сосудистого) с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением и амнестическим синдромом травматического и, возможно, психогенного характера (органический амнестический синдром по МКБ-10), о чем свидетельствуют данные о полученной им 8 августа 2015 года тяжелой черепно-мозговой травме с ушибом головного мозга, которая была диагностирована в Областной клинической больнице, с после-

дующим ухудшением его психического состояния на фоне артериальной гипертензии с кризовым течением, повторных психотравмирующих ситуаций (служебная проверка, смерть жены), результатах амбулаторного и стационарного обследования и лечения у психиатра, в том числе в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии», результатах первичной амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, проведенной ему в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» в феврале 2016 г., а также выявленные выраженные нарушения памяти, внимания, мышления, с дезориентировкой в окружающей действительности, отсутствием критики к своему состоянию, беспомощностью в повседневных, обыденных ситуациях, социальной дезадаптацией. Судя по представленным материалам дела, в момент получения им черепно-мозговой травмы, у Ф. отмечалось выключение сознания на непродолжительный момент, с последующим развитием антероградной амнезии (запамятование событий на период времени после получения черепно-мозговой травмы). Вместе с тем, ретроградной амнезии (на события, предшествующие черепно-мозговой травме) у него не отмечалось. Вплоть до января 2016 г. его психическое состояние определялось нерезкими психическими нарушениями в эмоционально-волевой сфере, в связи с чем в этот период он мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания. Из материалов дела и медицинской документации известно, что резкое ухудшение его психического состояния наступило в январе 2016 года, и продолжается до настоящего времени, несмотря на проводимое лечение. Однако при проведении настоящей экспертизы отмечается некоторая положительная динамика в психическом состоянии Ф., уменьшились проявления антероградной амнезии, подэкспертный дает достаточные сведения о периоде после получения черепно-мозговой травмы, лечения в стационарах, об адаптации в быту; отмечает улучшение общего состояния, а именно снижение нервной напряженности, улучшение памяти, частичную социальную адаптированность.... В настоящее время Ф. может правильно воспринимать внешнюю сторону обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела, и давать показания о внешней фактической стороне событий совершенного в отношении него правонарушения....».

Таким образом, приведенный случай демонстрирует постепенное развитие психического расстройства с нарастанием и усложне-

нием психопатологической симптоматики на фоне комплексного воздействия экзогенных и психогенных факторов, на высоте которого подэкспертный не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания.

Литература

1. УПК РФ.
2. Т.Б. Дмитриева, Б.В. Шостакович, А.А. Ткаченко – Руководство по судебной психиатрии – М.: Медицина, 2004, с. 309-313.

Сведения об авторах

Яковлев Е.А. – врач – судебно-психиатрический эксперт заведующий отделением амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГУЗ «Саратовская областная клиническая психиатрическая больница Св. Софии»

Саранцева Н.А. – врач-психиатр, судебно-психиатрический эксперт ГУЗ «Саратовская областная клиническая психиатрическая больница Св. Софии»

Маркина О.В. – врач-психиатр общего психиатрического отделения открытого типа № 15 ГУЗ «Саратовская областная клиническая психиатрическая больница Св. Софии»

Лебедева С.В. – психолог-эксперт ГУЗ «Саратовская областная клиническая психиатрическая больница Св. Софии».

ТЕЗИСЫ

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГАЛОПЕРИДОЛОМ И АМИСУЛЬПРИДОМ БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ

Алтынбеков К.С.

Алматы, Республика Казахстан

Появление новых возможностей терапии пациентов с шизофренией связано с применением одного из нейролептиков с атипичным механизмом действия – амисульприда [Аведисова А.С. и др., 2009]. Раннее выявление больных шизофренией и предупреждение рецидивов, в значительной степени связанное с длительным прием антипсихотических препаратов, является одной из первостепенных задач психиатрической службы Республики Казахстан.

Нами изучены некоторые аспекты при терапии больных с шизофренией амисульпридом и галоперидолом в условиях стационарного лечения. Объектом исследования являлись 90 больных с диагнозом шизофрения в возрасте от 20 до 60 лет, госпитализированные в республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии г. Алматы в период 2013–2014 гг. Мужчин в исследуемой группе было 48 человек (53,3%), женщин – 42 (46,7%).

Средний возраст пациентов к началу заболевания составил в первой группе $37,0 \pm 4,0$ лет, во второй группе – $39,0 \pm 5,0$ лет. Ряд авторов [Гусева Л.И. и др., 2006, Попов М.Ю. и др., 2016] обращают внимание на возможность применения амисульприда в дозе до 1800 мг/сут., а в дозах 600–1000 мг/сут. имеет примерно сравнимую эффективностью с 15–20 мг/сут. галоперидола, 15–20 мг/сут. флупентиксола и 8 мг/сут. рисперидона в отношении острой психотической симптоматики [5]. Вариант течения шизофрении послужил основой для выделения 3 подгрупп пациентов: 1 подгруппа с непрерывно-прогредиентным течением ($n=20$, 22,2%); 2-я подгруппа ($n=40$ пациентов, 44,5%) с приступообразно-прогредиентным течением заболевания и 3-й подгруппа ($n=30$, 33,3%) с первичным эпизодом заболевания, протекавшим по типу аффективно-бредового приступа.

Полученные данные клинической эффективности позволили распределить пациентов на 2 группы. В группу респондеров (снижение общего балла по шкале PANSS более чем на 30%) вошли 46 больных, из них получали амисульприд – 31 пациент (67%); галоперидол

– 15 пациентов (33%). У пациентов-респондеров, получавших амисульприд (средняя дозировка 800,0±89,6 мг/сут., PANSS=75,4±4,0), к концу второй недели терапии наблюдалось клиническое улучшение состояния (PANSS=48,3±4,8). Клиническая динамика у пациентов-респондеров, принимавших галоперидол (20,0±3,7 мг/сут., PANSS=76,3±4,9), выглядела иначе – средний балл PANSS на момент начала исследования 76,3±4,9, к концу второй недели терапии – 63,2±6,4. В группу нонреспондеров вошли 44 пациента. Из них получали амисульприд – 14 пациентов (32%), галоперидол – 30 пациентов (68%) ($p < 0,001$).

Результаты мониторинга побочных эффектов при терапии амисульпридом не выявили клинически значимых нарушений, за исключением расстройства желудочно-кишечного тракта (1 пациент; 7,1%) на начальных этапах терапии. В 14 случаях (46,7%) лечения галоперидолом в первые дни был зарегистрирован острый экстрапирамидный синдром, в последующие дни у 7 (23,3%) пациентов эпизодически отмечались акатизия, сердечно-сосудистые нарушения.

Полученные результаты применения амисульприда при лечении острых психотических эпизодов в рамках шизофрении позволяют говорить о хорошей эффективности препарата в 67% случаев (из общего числа пациентов, принимавших данный препарат). Сравнение терапии амисульпридом с галоперидолом показывает его преимущества как по профилю эффективности (количество респондеров), так и по профилю переносимости и безопасности (низкая частота побочных явлений), которые дают основания рекомендовать амисульприд в качестве препарата выбора для лечения стационарного контингента больных с шизофренией.

НАРРАТИВЫ ПАЦИЕНТОВ: СИГНАЛЫ И ТРИГГЕРЫ ИЗМЕНЕНИЙ

**Арпентьева М.Р.
Калуга, Россия**

Нарратив – история или рассказ, созданные для описания и организации человеком своего опыта и способа жизни. Нарративы пациентов - многомерный и многокомпонентный феномен, герои которого живут в ряде пространств и времен, ряде пересекающихся друг с другом миров, меняющих их осмысление себя, других и ситуаций взаимодействия. Поэтому в работе с нарративами особое внимание

нужно уделять совмещению диахронического и синхронического анализа: изменению моделей поведения и сущности поступков участников на разных этапах их жизненного пути, в разных мирах и временах. Особенно большое внимание в этом контексте следует уделять метафорам – обозначающим миры и времена, а также - свершающиеся или намечающиеся переходы между мирами и временами. Метафоры выступают как яркие сигналы и триггеры изменений. Каждая метафора – зародыш или обозначение интенции, которой следуют герои на пути к самим себе, друг другу и к Богу, к счастью и разрешению кризиса. На пути к разрешению пациент преодолевает отчуждение от себя и мира, лиминальность. Он учится осмыслять перемены в себе и мире, признавая их бытие и право на изменение. Узнавание себя и других пациентом в том или ином нарративе, узнавание себя и друг друга героями нарратива, их самопонимание и понимание других людей – процессы, которые могут быть практически параллельными. Условием является семантический резонанс: в процессе изучения нарратива во внутреннем мире человека происходит поиск сходного содержания между сочиняемым нарративом и своим жизненным миром: фрагмент его образа мира резонирует с фрагментом сказочного мира, возникает семантический (смысловой) резонанс, благодаря которому «распаковывается», актуализируется новое, продуктивное и более точное понимание происходящего. «Трансдеривационный поиск» – поиск соответствия актуальной ситуации пациента и фрагментов «сказочного» опыта. Он осуществляется через смысловой резонанс, который, как правило, сопровождается чувством понятности (узнавания и прояснения, децентрации и перецентрации и т. д.). Когда в резонанс вступают фрагменты переживаний или образа мира, которые соотносятся с проблемами или жизненными целями человека, пациентом переживается значимость ситуации и опыта, раскрытие сокровенных смыслов – уровней бытия, ранее недоступных его пониманию, возникают новые метафоры – предвестники и предшественники новых парадигм жизнедеятельности, происходит формирование новых, более продуктивных ролевых моделей. Создание и коммуникация метафор пропорциональны открытости между сознательным и бессознательным у человека, в том числе, пациента и психотерапевта. Для пациента процессы метафорической коммуникации - важный способ и канал осмысления того, что запрещается, отчуждается по тем или иным причинам, и, будучи отчуждённым, становится причиной нарушений. Для специ-

алиста процессы метафорической коммуникации становятся часто почти единственным способом эффективной самопсихотерапии: на определенном этапе профессионального развития присвоение психотерапевтических мифов становится столь полным, что перестает быть продуктивным, тормозя осмысление нового опыта и развитие личности психотерапевта в целом. Чтобы преодолеть связанные с этим процессом неконструктивные способы самозащиты, сделать более подвижными выработанные в ходе предыдущего профессионального и общего жизненного опыта структуры-схемы и процессы-стратегии понимания себя и мира, становится необходимым метафорический язык, интегрирующий в себе ценностное отношение человека к себе и миру, а также способы воплощения этого отношения в реальной жизни – в процессе осмысления происходящего и общения с другим человеком. Метафоры в итоге становятся маркерами и триггерами перемен: ничто не действует порой так сильно, как метафора, примененная и/или уловленная общающимися. При этом ее понимание есть деконструкция полилога «слабых» и «сильных» голосов [Бахтин М., 1969; Минделл Э., 1997 и др.]. Каждая из возможных стратегий понимания – опирающаяся на сильные и/или слабые сигналы или голоса - выступает как совокупность способов понимания себя и другого человека, мира. При использовании и осмыслении метафор каждая стратегия выступает, с одной стороны, как относительно равноценная, позволяющая достигнуть той или иной – желаемой – глубины или «высоты» анализа феноменов внутреннего и внешнего миров и, с другой, как обладающая заведомо разным диалогическим и экологическим потенциалами. В психотерапии, особенно нарративной терапии, пациент имеет возможность оценить и освоить стратегию, поддерживающую «слабые» голоса, ориентированную на диалог, возвращающий человека к самому себе и к миру, помогающий принять перемены во всей их полноте, трансформировав интенции жизнедеятельности. В повседневности обычно преобладают стратегии, эти голоса игнорирующие, в результате чего возникает монолог, и, вслед за ним, отчуждение человека от мира и самого себя, стремление препятствовать переменам, принимая лишь те их фрагменты, которые соответствуют имеющимся интенциям. Вообще говоря, маркеры и триггеры перемен могут быть весьма интенсивными, эксплицитными, связанными и декларируемыми ценностями и целями пациента и/или его системы отношений. Они формируются в виде понятий, обладающих более или менее фиксированными социаль-

ными значениями и личностными смыслами, могут быть и слабыми, скрытыми, в том числе, связанными с имплицитно существующими, но до определенного момента не проявленными характеристиками системы. Они оформляются и возникают в диалоге в виде метафор. Метафоры – наиболее яркие сигналы – предвестники серьезных изменений во внутреннем и внешнем мире пациента, а также наиболее мощные триггеры этих изменений, позволяющие трансформировать внутренние интенции пациентов. Активная и точная идентификация и использование метафор не только позволяет прогнозировать «непрогнозируемое», но и вмешиваться в течение процессов, корректируя их с наименьшей затратой сил.

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ

Бабарахимова С.Б., Шохайдарова Р.Ю.

Ташкент, Узбекистан.

Актуальность: бесконтрольная игровая компьютерная деятельность сопровождается повышенной раздражительностью, склонностью к противоправным действиям, враждебным восприятием окружающего мира (Пережогин Л., 2015).

Цель исследования: изучить динамику психоэмоциональных изменений на этапах формирования интернет-аддикции у подростков для оптимизации психокоррекции поведенческих нарушений данного контингента населения.

Материал и методы исследования: объектом для исследования явились 68 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 12 до 17 лет; для определения эмоционального статуса использовали Госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии, для определения уровня тревожности была использована методика измерения личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты и их обсуждения: В ходе исследования было установлено, что 60% обследованных увлеклись компьютерными играми в возрасте 12-14 лет, 25% опрошенных – в 15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16-17 лет. В ролевые компьютерные игры «от первого лица» играло 80% опрошенных, остальные 20% играли в ролевые компьютерные игры «от третьего лица. Потребность в этой форме игры опрошенные объясняли желанием уйти от реальности и потребностью в принятии

более значимой социальной роли. У 14 исследуемых выявлена социализированная форма зависимости. Эти подростки всегда играют с другими, мотивация игры носит соревновательный характер, в отсутствие компании в другие игры не играют, неудовлетворенность испытывают в случае проигрыша команды. 60% подростков имеют индивидуализированную форму зависимости, всегда играют в одиночку, потребность в игре высокая, в отсутствие игры испытывают неудовлетворенность, негативные эмоции, тревогу. Исследование аффективных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с формой и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. Так у лиц с социализированной формой зависимости в 25% случаев выявлена стадия легкой увлеченности компьютерными играми, в 75% случаев – стадия увлечения. У подростков с этой формой зависимости аффективные расстройства выявлены у 14 опрошенных, эти лица отличались длительным игровым стажем. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у лиц со второй стадией зависимости от компьютерных игр. У подростков с первой стадией зависимости отмечалось снижение настроения и появление чувства вины в случае проигрыша команды, при повторном тестировании по шкале HADS отмечалось наличие субклинически выраженной тревоги. При второй стадии зависимости вне игры подростки жаловались на скуку, снижение настроения, подавленность, в случае появления возможности провести командную игру отмечалась эйфория, усиление воображения, повышение настроения, фантазии об игре. У лиц со второй стадией зависимости повторное тестирование показало сохранение субклинически выраженной тревоги и депрессии. У лиц с индивидуализированной формой зависимости в 100% случаев выявлены тревожно-депрессивные расстройства. В соответствии со стадией зависимости меняется выраженность эмоциональных расстройств. У 18 подростков была выявлена стадия увлечения от компьютерных игр, в 83% случаев по шкале HADS в первом тестировании определялась субклинически выраженная тревога, в 27% случаев выявлена субклинически выраженная депрессия. Эти подростки испытывали чувство тревоги из-за отсутствия возможности проводить время за компьютерными играми, при появлении такой возможности уровень тревоги значительно снижался. Повторное тестирование изменение уровня депрессивных расстройств не выявило, эти подростки связывали свое состояние с постоянными конфликтами с родителями, с их непониманием и завышенными тре-

бованиями к учебе. У 3 подростков была выявлена третья стадия зависимости от компьютерных игр. В этой группе при первом и втором тестировании по шкале HADS выявлена клинически выраженная тревога и депрессия. Эти подростки плохо контролируют себя, становятся эмоционально неустойчивым, снижается критика к поведению, в случае прерывания игры отмечается агрессивность, грубость. У этих подростков отсутствовал эмоциональный и поведенческий самоконтроль. В ряде случаев у подростков с индивидуализированной формой зависимости отмечалась астения, безразличие ко всему, что не касается его увлечения, пропуски уроков, снижение успеваемости. Поведенческие нарушения у лиц с компьютерной игровой зависимостью проявлялись в виде патохарактерологических реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением в результате конфликтов с родителями. В результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревожные переживания, в основном, были представлены состоянием тревожной гипотимии, связанной с ожиданием отсутствия возможности доступа подключиться к сети в интернет и начать компьютерную игровую деятельность.

Выводы: таким образом, психоэмоциональные изменения являются ведущими в клинической картине зависимости и усиливаются по мере развития интернет-аддикции, приводят к уязвимости в развитии эмоциональной саморегуляции, неспособности справляться со стрессовыми ситуациями, развитию выраженных астено-депрессивных состояний и патологического формирования личности.

ВЛИЯНИЕ БОС-ТРЕНИНГА НА ШКОЛЬНУЮ ТРЕВОЖНОСТЬ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШИХ КЛАССОВ

**Бартош О.П.
Магадан, Россия**

Данные литературы свидетельствуют о достаточно высоком уровне общей школьной тревожности (от 27% до 48%) у детей младшего

школьного возраста, которая в большей степени обусловлена страхом в ситуации проверки знаний, страхом самовыражения и низкой физиологической устойчивостью к стрессу. Переживание тревожности, фрустрации, психологического стресса, нарушение адаптивного поведения сопровождается чрезмерными физиологическими реакциями, что нередко заканчивается психосоматическими заболеваниями [Прихожан А.М., 2000; Гуров В.А., Метелкина Т.М., 2007]. Установлено, что школьная патология формируется в группе хронически тревожных детей и представляет собой результат срыва адаптации в наиболее загруженных в образовательном процессе системах организма ребенка – зрительной, сердечно-сосудистой, центральной нервной системе, что отражается в показателях физического развития и заболеваемости [Гуров В.А., Метелкина Т.М., 2007].

Цель исследования – изучить влияние БОС-тренинга на школьную тревожность и психоэмоциональное состояние детей младших классов.

Нами была проведена диагностика школьной тревожности во 2-ом классе общеобразовательной школы г. Магадана с помощью методики (МОДТ). Структура многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) включает 10 шкал, позволяющих дать дифференцированную оценку тревожности личности: 1-я – общая тревожность; 2-я – тревога во взаимоотношениях со сверстниками; 3-я – тревога в связи с оценкой окружающих; 4-я – тревога во взаимоотношениях с учителями; 5-я – тревога во взаимоотношениях с родителями; 6-я – тревога, связанная с успешностью в обучении; 7-я – тревога, возникающая в ситуациях самовыражения; 8-я – тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний; 9-я – снижение психической активности, связанное с тревогой; 10-я – повышение вегетативной реактивности, связанное с тревогой. Итоговый балл – от 0 до 10. Если по параметру набрано 1–2 балла – качество слабо выражено, 4–5 балла – отчетливо выраженное качество, 7–10 баллов – сильно выражена тревога.

На основании диагностики были отобраны дети с высокой школьной тревожностью (n=11). С ними проводилась индивидуальная психокоррекционная работа методом биологической обратной связи. Каждый ученик участвовал в 8–12 сессиях БОС-тренинга по 20–30 мин 2 раза в неделю, количество попыток в решении компьютерных игровых заданий – не менее пяти. Эффективность коррекционных мероприятий оценивали повторным тестированием методикой МОДТ после курса адаптивного биоуправления.

Метод игрового биоуправления разработан в Институте молекулярной биологии и биофизики СО РАМН под руководством акад. М. Б. Штарка [Штарк М.Б., Шварц М.С., 2002]. В нашем исследовании использовали компьютерный тренажер «БОС-Пульс», в котором происходит регистрация частоты сердечных сокращений (ЧСС) с ногтевой фаланги пальца руки и преобразование ее в сигналы обратной связи, воспринимаемые ребенком в виде звукового или зрительного ряда. В качестве основных игр, которые носят явный или скрытый соревновательный характер, были представлены тренинги «Вира» и «Ралли». Полученные данные обработали с использованием программы Statistica 6.

Результаты показали, что у детей после проведения психокоррекционных мероприятий происходит значительное ($p < 0,01$) снижение по шкалам общей тревожности, тревоги во взаимоотношениях со сверстниками, тревоги в связи с оценкой окружающих и тревоги, связанной с успешностью в обучении и возникающей в ситуациях самовыражения. Снижение тревоги по данным шкалам указывает на то, что после тренингов на «БОС-Пульсе» общее эмоциональное состояние учащихся стабилизировалось, а самооценка повысилась. Дети стали более уверенными в себе и своих возможностях, стали меньше тревожиться в правильности того, что делают, думают и говорят. Снизилась чувствительность к оценкам окружающих. В предъявлении себя, своих возможностей они стали смелее и увереннее. Как следствие, у детей повышается работоспособность, улучшаются социальные взаимоотношения, повышается самооценка и уверенность в себе, а также общее соматическое состояние.

ВЫРАЖЕННОСТЬ АЛЕКСИТИМИИ И ПСИХИЧЕСКОЙ РИГИДНОСТИ У ПОДРОСТКОВ МАГАДАНА С ПРИЗНАКАМИ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

**Бартош Т.П.
Магадан, Россия**

Большинство отклонений в психическом здоровье детей вызывается взаимодействием множества факторов, в ряду которых важная роль принадлежит психологическим характеристикам. Проявления тревоги могут выражаться на вегетативном, эмоциональном, когнитивном и двигательном уровнях психофизиологической организации [Астапов В.М., Гасилина А.Н., 2013]. Известны данные о взаимос-

вязи показателя тревожности с психической ригидностью и алекситимией (недостаточная способность человека распознавать и выражать собственные чувства) в структуре личности, а также о вкладе алекситимии в формировании психосоматических, аффективных и тревожно-фобических расстройств детско-подросткового возраста [Богомаз С.А., Филоненко А.Л., 2005]. По данным литературы, высокий уровень ригидности в структуре личности является фактором риска развития дизадаптационных состояний [Козлова Н.В., 2007]. Сведений о выраженности алекситимии и психической ригидности у подростков г. Магадана нет, что определило актуальность и задачу нашего исследования.

Исследовали 452 ученика 7–11-х классов двух общеобразовательных школ в г. Магадане. Экспресс-диагностику признаков тревожного расстройства определяли с помощью опросника Многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) [Ромицына Е.Е., 2006], которая включает 10 шкал: 1. Часто ли ты чувствуешь себя обеспокоенным и взволнованным? 2. Когда вечером ты лежишь в постели, часто ли ты испытываешь беспокойство по поводу того, что будет завтра? 3. Часто ли тебя что-то мучает, а что – не можешь понять? 4. Часто ли ты волнуешься из-за того, что, как выясняется позже, не имеет никакого значения. 5. Часто ли ты чувствуешь неуверенность в себе? 6. Трудно ли тебе сосредоточиться на чем-то одном? 7. Часто ли тебе снятся страшные сны? 8. Часто ли ты испытываешь страх в тех ситуациях, когда точно знаешь, что тебе ничто не угрожает? 9. Боишься ли ты оставаться дома один? 10. Страшно ли тебе оставаться одному в темной комнате?

Высокие баллы (8–10) шкалы «Общая тревожность» позволяют регистрировать, согласно методике, «очень высокую тревожность, носящую генерализованный характер, дезорганизирующий деятельность ребенка вплоть до клинических проявлений». Для определения выраженности психической ригидности применялся Томский опросник ригидности [Залевский Г.В., 2007]. Для оценки алекситимии использовалась Торонтская алекситимическая шкала (TAS-26).

Исследование показало, что в обследуемых школах признаки тревожного расстройства в среднем диагностировали у 6% учащихся. Для этих подростков характерны высокие показатели ригидности как состояния, алекситимии и высокие значения сенситивной ригидности. Корреляционный анализ подтвердил взаимосвязь параметров тревожности с ригидностью, алекситимией у школьников ($r=0,42$ –

0,69; $p < 0,05$), которые являются негативными взаимодополняющими предикторами в формировании тревожных расстройств.

Согласно литературным данным, у этих учащихся могут наблюдаться ошибки восприятия, сужение объема внимания, нарушения памяти, способности обобщать знания и умения, усвоенные в новых ситуациях, медлительность при освоении учебного материала, неадекватные реакции на раздражители, сниженные возможности к успешной психической адаптации [Залевский Г.В., 2007].

При определении доли лиц с алекситимией, было установлено, что у 87% подростков 7-8-х и 33% учащихся 9–11-х классов подростков с признаками тревожного расстройства диагностировали алекситимический радикал в структуре личности. Алекситимические черты у подростков могут выступать как реакция на тревогу, которая со временем может перейти в личностную характеристику [Семке В.Я., Брель Е.Ю., Стоянова И.Я., 2009]. По данным литературы [Henry J.P. et al, 1992], алекситимия, как и тревога, сопровождается повышением активности симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем, установлена корреляция между выраженностью алекситимии и содержанием кортизола в крови. На фоне повышенной тревожности у школьников, проживающих в условиях Севера, в процессе учебной деятельности затраты ресурсов организма увеличиваются.

Таким образом, подростки, выявленные с помощью экспресс-диагностики по шкале МОДТ в процессе массового скринингового исследования, отличались от общей выборки учащихся более выраженными показателями психической ригидности, алекситимическим радикалом, которые являются негативными взаимодополняющими предикторами в формировании тревожных расстройств. Полученные данные также указывают на необходимость проведения скрининговых психопрофилактических исследований детей и подростков в образовательных учреждениях.

АНАЛИЗ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЧИСЛА СЛУЧАЕВ ОТРАВЛЕНИЙ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ, АЛКОГОЛЕМ И ЕГО СУРРОГАТАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ, ПО САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016 ГОД

**Бойко Е.А.
Саратов, Россия**

К числу приоритетных социальных проблем, формирующих негативные тенденции в состоянии здоровья населения области, относятся внешние причины смертности населения и, в частности, острые отравления химической этиологии.

Сравнительный анализ форм отраслевого статистического наблюдения «Сведения о результатах токсикологического мониторинга» показал снижение общего (в том числе со смертельным исходом) числа острых отравлений химической этиологии в 2016г. относительно уровня с 2015г.

В Саратовской области в 2015г. было зарегистрировано 2110 случаев острых отравлений химической этиологии (из них 29,4% со смертельным исходом), что составляет 84,6 на 100 тыс. населения, а в 2016г. зарегистрировано 1739 случаев (29,3% со смертельным исходом) или 69,9 на 100 тыс. населения.

Среди случаев отравлений химической этиологии с летальным исходом основную долю смертей, а это 56,3% традиционно составляют отравления алкоголем и спиртосодержащей продукцией.

В структуре летальных исходов от отравлений спиртосодержащей продукцией (287 чел.) в 2016г. на долю смертельных отравлений в связи с токсическим действием этилового спирта (этанола) приходится 89% (255 чел.), а на отравление метанолом только 8,7% (25 чел.). Для сравнения: в 2015г. от токсического действия алкоголя умерло 330 чел. (88,5%), от употребления метанола – 29 (8,5%).

Такое обстоятельство можно объяснить либо погрешностью в заполнении врачами медицинской документации, на основании которой проводится мониторинг (что требует отдельного изучения), либо несовершенством методики посмертного определения токсических веществ в крови.

По данным Роспотребнадзора по Саратовской области причиной массовых отравлений алкоголем в России является использование при производстве суррогатов спиртосодержащих жидкостей. Наиболее дешевое сырье - технический спирт, а также спиртосодержащие

антисептики, которые свободно продаются в аптеках. Кроме алкоголя, определенно точно не предназначенного для употребления во внутрь, происходят отравления так называемой «паленой водкой», самогоном, в которых может оказаться большое количество вредных примесей в виде сивушных масел.

Отравление вызывают фальсификаты, такие как: денатурированный спирт, дезинфицирующие средства с примесями этанола, аптечные спиртосодержащие настойки, одеколон, самогон, антисептики, а также иные вещества: клей БФ, денатурат, лосьоны, одеколоны, гигиенические средства, древесный спирт, антифриз, этилен-гликоль, тормозная жидкость и прочие технические жидкости.

В 2016г. наблюдается значительный рост отравлений наркотическими веществами. Так, если в 2015г. показатель смертности от отравлений наркотическими веществами составлял 0,1 на 100 тысяч населения (3 чел.), то в 2016г. он составил 1,3 на 100 тысяч населения (33 чел.).

Увеличение количества смертельных отравлений наркотическими веществами в 2016 году объясняется совершенствованием лабораторной диагностики на наличие наркотических веществ в биообъектах в связи с внедрением в практику метода хроматомасс-спектрометрии.

В ноябре 2015 года ГУЗ «БСМЭ МЗ СО» было оснащено газовым хроматографом с масс-селективным детектором, что позволило существенно расширить круг определяемых наркотических веществ, в том числе детектировать синтетические наркотики последнего поколения.

С 2016г. Роспотребнадзором осуществляется мониторинг числа отравлений курительными смесями. В 2016г. наблюдается 27 случаев отравлений курительными смесями (spice), из них 22 случая – это отравления у взрослых, а 5 случаев - отравления среди детей. Определить состав курительных смесей, от употребления которых происходят отравления в настоящее время не представляется возможным.

НАРУШЕНИЯ СНА И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

**Вострокнутова О.О.
Екатеринбург, Россия**

Общая распространенность нарушений сна в популяции составляет 3.1%, что сопоставимо с распространенностью сердечно-сосуди-

дистых заболеваний, сахарного диабета и инсульта. Нарушения сна встречаются во всех возрастных группах и имеют различные этиологию и механизмы развития. Поскольку увеличивается демографическое старение населения, то встречаемость любых медицинских состояний, ассоциированных со старением, постоянно возрастает, это справедливо и в отношении нарушений сна. В старших возрастных группах до 33 - 45% пожилых обнаруживают инсомнии, а у пожилых, находящихся на стационарном лечении, нарушения сна могут встречаться в 90% случаев. Когнитивные расстройства у пожилых – частое явление. Не менее 5% лиц старше 65 лет страдают деменцией. Еще у 12–17% выявляются когнитивные нарушения, выходящие за пределы возрастной нормы, но не достигающие выраженности деменции. При когнитивных расстройствах факультативные психопатологические феномены весьма разнообразны, в т.ч. часто встречаются нарушения ночного сна и ночного поведения. Нарушения сна отрицательно влияют на когнитивные функции человека, ухудшают качество жизни и здоровье, вызывают социальную дисфункцию, снижение работоспособности, тревожные состояния и даже нарушения поведения, поэтому порой требуется назначение медикаментозного лечения, в т.ч. коррекцию психотропными препаратами. Необходимость назначения психотропных средств людям старших возрастных групп, в свою очередь является нежелательным и самостоятельным мощным стрессирующим фактором для ухаживающих лиц.

Целью настоящей работы является изучить клинические особенности нарушения ночного сна и ночного поведения у лиц старших возрастных групп с когнитивными расстройствами. В настоящей статье приводится часть исследования, посвященная литературному анализу проблемы.

По результатам многочисленных обзоров, инсомния может быть независимым фактором развития когнитивных дисфункций. Исследователи из Медицинской школы Вашингтонского университета в Сент-Луисе провели эксперимент на грызунах и выявили связь между сном и деменцией. Ими отслеживался уровень амилоидного белка посредством анализа ликвора. Оказалось, что во время сна концентрация белка у мышей понижается, а если им не давали спать, то уровень амилоида, из которого образуются бляшки, значительно вырос. Содержание амилоидного белка может быть связано с мозговой активностью, которая выше в период бодрствования. Связь между нехваткой сна и деменцией может наблюдаться и у людей. Это

наиболее опасно в среднем возрасте, когда бляшки в мозге уже начинают образовываться, но симптомы заболевания проявятся лишь через несколько лет. В Тайване проведены пятилетние исследования по оценке и сравнению риска развития деменции среди людей старше 40 лет с синдромом обструктивного апноэ во сне и без, согласно которым, у пациентов с СОАС риск развития слабоумия в течение 5 лет после установления диагноза был в 1,70 раза больше по сравнению с не страдающими СОАС. В возрастной группе 50-59 лет риск развития деменции для мужчин, страдающих СОАС, был больше в 6.08 раз. А среди пациентов с СОАС в возрасте ≥ 70 лет риск развития деменции был больше в 3,20 раза среди женщин.

Среди всех вторичных нарушений сна в пожилом возрасте 2/3 приходится на психические заболевания, в том числе деменцию. Нарушения сна наблюдаются у 25% больных с легкой и умеренной степенью деменции и у 50% – с выраженной и тяжелой. При деменциях нарушения сна обусловлены нарушением суточного ритма в виде инверсии сна с бодрствованием в ночное время и сонливостью днем, происходит дегенерация ядер Мейнерта, супрахиазмальных ядер гипоталамуса, гормональные нарушения, снижение уровня мелатонина в плазме крови и изменение ритма внутренней температуры тела. Эти состояния сопровождаются дезориентированностью, беспокойным поведением (суетливость, «сборы в дорогу», вязанием узлов из постельного белья, извлечением вещей из шкафов). 25% - 35% людей с болезнью Альцгеймера имеют проблемы со сном, что является результатом прогрессивного ухудшения и уменьшения числа нейронов в супрахиазматическом ядре, из-за чего возникают колебания нейрогормонов, имеющих решающее значение в поддержании гомеостаза циркадного ритма. В ночное время происходит фрагментация сна, увеличение латентности сна, снижение медленного сна, а также увеличение в дневное время сонливости. Усугубляется спутанность сознания, усиливаются блуждания, ажитации, возникающие чаще во второй половине дня, вечером.

Лечение нарушений сна у людей среди старших возрастных групп, в особенности с когнитивными расстройствами, - трудная задача. Есть такой феномен, как ятрогенная инсомния у пожилых. Некоторые лекарственные препараты способны вызвать бессонницу, например, психотропные средства, ноотропы, кортикостероиды, бронходилататоры, бетаблокаторы и фенитоин, некоторые антибиотики (хинолоны), гиполипидемические средства, антипаркинсониче-

ские препараты, противокашлевые средства и др. Лекарства, используемые при болезни Паркинсона и БА, способствуют возникновению сонливости в дневное время, а в ночное - пробуждений. Леводопа уменьшает продолжительность фазы быстрого сна. Агонисты дофамина могут вызвать «приступ» сонливости в дневное время. Антихолинэргические препараты в ночное время стимулируют и могут усугубить спутанность и галлюцинации. Атипичные антипсихотики, такие, как оланзапин и рисперидон, увеличивают дневную усталость и сонливость.

В заключении, можно отметить, что нарушения сна – часто встречаемая проблема и актуальна для людей старших возрастных групп. Несмотря на многочисленные публикации единых концептуальных подходов нет. В настоящее время отсутствуют четко разработанные алгоритмы диагностики и безопасной коррекции расстройств сна.

ХРОНО-ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В ПСИХИАТРИИ

Герасимчук М.Ю.

Москва, Россия

“Хороший врач лечит болезнь. Великий — лечит человека” (Уильям Ослер). Современный клиницист, наблюдая больных с депрессивными расстройствами, каждый день сталкивается с рядом данностей: плюрипатологией (наличием как соматических/неврологических нарушений, так и коморбидностью (алкоголизм, наркомания, обсессивно-компульсивные расстройства и т.д.), проблемой комплаентности и неэффективностью проводимой терапии. Факторами, способствующими формированию терапевтической резистентности могут выступать: пожилой возраст, особенности преморбиды, частые психотравмирующие ситуации, органическая стигматизация (патологически измененная «почва» по С.Г.Жислину), снижение физиологической толерантности [Мосолов С.Н., 2002]. Итог вышеописанного: длительные и частые госпитализации, явление госпитализма (нем. “hospitalismus”), неудовлетворенность качеством медицинской помощи, неблагоприятные социальные и экономические последствия.

Существуют убедительные доказательства того, что в течении аффективных расстройств отмечается определенная отчетливая закономерность. С одной стороны, это субъективно отмечаемые в прошлом сезонные изменения настроения, с другой – выделение

“сезонного аффективного расстройства” (САР) [Симуткин Г.Г., 8%] и его объективная верификация на основании критериев DSM-5 (American Psychiatric Association (APA)). В целом, многократные эпизоды заболевания встречаются значительно чаще, чем одиночные. Вероятность рецидива после впервые перенесенной депрессии – 50-85% (National Institute of Mental Health), после второго, третьего эпизодов – 70% и 90%.

Проводимое автором исследование на базе УКБ №3 Клиники психиатрии имени С.С.Корсакова ГБОУ ВПО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова, больных: Биполярным аффективным расстройством, текущий эпизод депрессии (F31.3—F31.5); Депрессивным эпизодом (F32); Рекуррентным аффективным расстройством, депрессивный синдром (F33.1—F33.3), в соответствие с критериями МКБ-10, отражает актуальную проблему взаимообусловленности клинической и хронобиологической составляющих заболевания. Полученные результаты доказывают наличие закономерностей на всех уровнях ритмологической организации: от суточных колебаний до многолетних, взаимосвязь между генетически запрограммированными, континуальными параметрами, отражающими суточные предпочтения индивидуума и проводимой психофармакотерапией. Таким образом, хроно-прогнозирование может стать факультативным или одним из основных направлений оптимизации организационной структуры стационара, расчета обеспечения потребности населения в помощи, так и мишенью для индивидуализированного подхода к каждому больному.

КРИМИНОГЕННАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ ПРОФИЛАКТОРИЯХ

**Григорьева И.В., Кралько А.А., Ладо А.В., Сергеенко И.В.
Минск, Беларусь**

В Республике Беларусь ежегодно совершается значительное количество правонарушений и преступлений, связанных с потреблением алкоголя. В 2015 г. было зарегистрировано 349,8 тыс. административных правонарушений связанных с распитием алкогольных напитков в общественном месте, в 2016 г. их число составило 301,3 тыс. Значительным является и число преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения: в 2014 г. зарегистрировано 15 140 случаев,

в 2015 г. – 17610, за 9 месяцев 2016 г. – 13 157.

В настоящее время в Республике Беларусь продолжается практика направления граждан с синдромом зависимости от алкоголя, привлеченных в течение года три и более раза к административной ответственности, в лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) для проведения медико-социальной реадaptации с обязательным привлечением к труду.

В рамках научно-исследовательского проекта нами разрабатывается комплексный метод реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в находящихся условиях ЛТП.

Задачи исследования: изучение социально-психологических особенностей лиц, находящихся в условиях ЛТП и факторов, влияющих на криминогенное поведение.

Было проведено экспериментально-психологическое исследование с использованием Белорусского Индекса Тяжести Аддикции (Бел-ИТА/В-ASI) и опросника «Мотивация потребления алкоголя» (В.Ю. Завьялов).

Объем выборки составил 300 лиц мужского пола. Средний возраст $40,6 \pm 9,2$ лет. Средний стаж злоупотребления алкоголем – 16,6 лет.

67% лиц, находящихся в ЛТП имели судимость: 26% из них имеют одну судимость, 14% - две, 27% - три и более судимости. При этом 42% из них осуждены за преступления, совершенные в состоянии алкогольного опьянения: убийство, причинение тяжких телесных повреждений, краж, грабежей, разбойных нападений, хулиганских поступков, управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения.

Только 31% лиц находится в ЛТП впервые, 28% - повторно, а 41% - от трех до семи раз.

В ходе интервью были выяснены и проанализированы специфические причины неуспеха предыдущих реабилитационных мероприятий: отсутствие мотивации на участие в реабилитационном процессе, утрата основных ценностных ориентаций, значительная погруженность в алкогольную субкультуру, принятие и сохранение специфических зависимых установок, как основополагающих в выстраивании своей жизненной позиции.

Полученные данные подтверждаются результатами опросника «Мотивация потребления алкоголя». Во внутренней картине потребности в алкогольном опьянении у лиц, находящихся в ЛТП, отмече-

ны: в группе социальных - псевдокультуральные мотивы; в группе личностных мотивов преобладали атарактические и мотивы гиперактивации; в патологической мотивации потребления алкоголя доминирующей явилась «похмельная» мотивация. Благодаря полученным результатам были определены предпочтительные мишени для психотерапевтических воздействий, повышения готовности к изменению поведения и мышления, выбора трезвого жизненного стиля. Осознание и проработка пациентами в процессе терапии основных мотивов потребления алкоголя дает возможность увидеть скрытые директории зависимого поведения, выявить важные позитивные жизненные приоритеты, осуществить изменение жизненного сценария с принятием трезвого образа жизни и ответственности за свое поведение, соблюдением правил правопорядка и социальной нравственности.

Разработка метода комплексной медицинской реабилитации и трудовой реадaptации лиц, зависимых от алкоголя и находящихся в ЛТП, перспективна для их ресоциализации и предупреждения риска совершения правонарушений.

ЛОКУС КОНТРОЛЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Жигар А.М., Шарупский И.И.

Гродно, Беларусь

В связи с ростом распространенности непсихотических психических расстройств растет потребность населения в психотерапевтической помощи. Несмотря на то, что психотерапия не является однозначно понимаемой областью науки и практики, в ней, как и в целом в медицине, можно отметить тенденцию к стандартизации, объективизации, использованию методов доказательной медицины при проведении научных исследований. Психодиагностика клинически значимых конструкторов помогает планировать психотерапевтическое вмешательство, оценивать эффективность психотерапии.

Понятие локус контроля было предложено Дж. Роттером. В настоящее время в мире существует несколько десятков методик, направленных на измерение данного конструктора. Некоторые из них направлены на измерение общего уровня субъективного контроля, а другие – на измерение локуса контроля в определенных сферах (например, локус контроля здоровья, локус контроля психического здоровья, локус контроля для учителей, родителей и т.д.). Интернальность и экстернальность находятся на полюсах континуальной шкалы.

Нами была использована методика для определения локуса контроля психического здоровья («The Mental Health Locus of Control Scale», David J. Hill, Ronald M. Bale) у пациентов психоневрологического отделения с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Данная шкала содержит 22 пункта, при ответе на которые используется шкала Лайкерта. Пациенты также заполняли разработанную нами анкету для определения предпочитаемой ими помощи и субъективной оценки наиболее приемлемой формы психокоррекционного вмешательства.

Выявлено преобладание экстернального локуса контроля психического здоровья. Высокий уровень экстернальности по данной методике связан с предпочтением медикаментозного лечения и тех методов психокоррекции, в которых пациент является пассивным реципиентом (релаксация, гипноз, психообразовательные лекции). При посещении групповой и индивидуальной психотерапии эти пациенты активно просят конкретных советов и рекомендаций, часто заявляют о своей неспособности самостоятельно найти решение своей проблемы. Ответственность за результаты терапии такие пациенты склонны полностью перекладывать на лечащего врача или волю случая. Склонность к обесцениванию групповой психотерапии, в которой они не получают конкретных советов, часто приводит к тому, что пациенты с экстернальным локусом контроля отказываются от посещения групп, считая их бесполезными. Кроме того, в нашем исследовании такие пациенты были менее довольны лечащим врачом, чем пациенты с интернальным локусом контроля, их чаще посещали мысли о необходимости сменить врача на «лучшего». Более экстернальные пациенты также склонны ниже оценивать результаты своего лечения. Исследование данного конструкта в клинике имеет важное терапевтическое и прогностическое значение.

Локус контроля не является неизменным в течение жизни конструктом. Изменение локуса контроля с более экстернального к более интернальному может стать точкой приложения психотерапевтического вмешательства.

Таким образом, шкала локуса контроля психического здоровья может применяться как на этапе планирования терапии, так и при оценке ее эффективности.

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЗА 10 ЛЕТ

**Ивлиева И.А.
Саратов, Россия**

По официальным данным Росстата в России отмечается снижение числа смертей вследствие самоубийств на протяжении 10 лет. Такая же устойчивая тенденция отмечается и по Саратовской области. За последние 10 лет смертность вследствие суицидов в Саратовской области снизилась на 42,6% (показатель в 2006 году составлял 32,6 на 100 тыс. населения, по итогам 2016 года показатель составил 18,7 на 100 тыс. населения. Всего в 2016 году от суицида погибло 465 человек, в 2015г. – 507; в 2006 году – 776 чел.

В тоже время показатель смертности от самоубийств в Саратовской области выше среднероссийского (РФ - 15,6 на 100 тыс. населения), но ниже, чем в ПФО (ПФО – 19,2 на 100 тыс. населения).

Незавершенных суицидальных попыток зарегистрировано в 2016 году 471 или 18,9 на 100 т.н., что в 1,8 раза меньше, чем в 2006 году (855 или 34,1 на 100 т.н.)

Наибольшее число как суицидальных попыток, так и завершённых суицидов отмечается в возрастной группе 26-40 лет 25-30% от всех случаев. Распределение по полу выглядит следующим образом: 63% завершённых и незавершённых суицидов приходится на мужчин, 37% - на женщин. Среди смертей вследствие суицидов преобладает способ самоубийства – механическая асфиксия – 78,7%, затем отравления – 6,9%, огнестрельные ранения – 5,1%.

Доля психически больных среди всех лиц, совершивших суицид, составляет в 2016 году 7,7%; в 2006 году – 10%.

Показатель смертности в результате завершённых суицидов среди несовершеннолетних за рассматриваемый период снизился в 2,5 раза (с 4,2 на 100 тыс. детского населения в 2006 году (22 случая) до 1,6 в 2016 году (10 случаев)). Суицидальные попытки среди несовершеннолетних не имеют значительных изменений и регистрируются ежегодно в среднем у 50 человек. Настораживает тот факт, что доля несовершеннолетних среди всех лиц с суицидальными тенденциями, увеличивается: от 4% в 2006 году до 6,1%.

В 2016 году зарегистрировано по 1 завершённому суициду среди несовершеннолетних в Балаковском, Ивантеевском, Красноармейском и Озинском районах Саратовской области; 4 несовершеннолетних совершили суицид в Саратове и 2 – в Пугачевском районе.

Практически по каждому случаю завершённых суицидов среди несовершеннолетних органами дознания и следствия назначались амбулаторные посмертные комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы, которые проводились в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии». В результате проведённых экспертиз грубых психотических расстройств, среди детей и подростков, совершивших законченные суицидальные попытки, выявлено не было.

ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА ФАКТОРОВ РИСКА В КЛИНИКО- ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ АЛКОГОЛИЗМА

Имамов Ш.А.

Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Изучение корреляционного анализа для оценки факторов риска в клинико-патогенетических механизмах алкоголизма представляет чрезвычайную актуальную проблему в наркологии. Как правило, выраженность влияния факторов риска индивидуальна, что позволяет выделить многообразие клинических симптомокомплексов. В клинической практике часто рассматривают упрощённую схему в зависимости от преимущественного преобладания экзогенных или эндогенных факторов риска, что имеет значение для выбора тактики эффективного лечения проявлений алкоголизма [Анохина И.П., 2013; Альгшулер В.Б., 2012; Иванец Н.Н., 2011].

Поэтому очевидно, что для поиска клинических предикторов необходим корреляционный анализ участия факторов риска в клинико-патогенетических механизмах заболевания, что позволяет установить закономерности клинического полиморфизма и темпа течения алкоголизма [Гофман А.Г., 2012; Кибитов А.О., 2012].

Цель – изучение с помощью корреляционного анализа закономерности влияния факторов риска на клинико-патогенетические механизмы алкоголизма.

Материал и методы: В настоящее исследование были включены 140 стационарных больных, лечившихся в Самаркандском областном наркологическом диспансере с диагнозом «Алкоголизм II-III стадии» в возрасте 25 - 65 лет (средний возраст 41,3+5,1 года).

Согласно характеру отражаемых процессов, были изучены воз-

растные, динамические и качественные параметры у больных алкоголизмом. Для анализа средних значений клинических параметров использовали однофакторный дисперсионный анализ с применением критерия Краскола – Уоллиса. Доля (%) встречаемости клинических параметров статистики определяли методом с расчетом относительного риска (ОР) с доверительным интервалом (ДИ) 95%, отражающим вероятность (риск) попадания пациента с определенным значением параметра в одну из групп сравнения. Различия признавали достоверным при $P < 0,05$. Статистический анализ проводили с использованием программы IBM SPSS 20.0.

Результат и обсуждение: Возрастные параметры у наших больных оказались достоверно моложе ($P < 0,05$). Первые пробы алкоголя у больных оказались в пределах 18 лет. Средний возраст формирования синдрома отмены алкоголя (СОА) также наиболее ранний ($30,1 \pm 4,9$ года) по сравнению с литературными данными. Следует отметить, что злоупотребление алкоголем до 20 лет повышает риск ускоренного развития заболевания 2,5 раза по сравнению с поздним началом (после 25 лет) и может служить достоверным прогностическим критерием высокого риска развития алкоголизма. Таким образом, корреляционный анализ возрастных параметров развития алкогольной зависимости важен для оценки тяжести клиники, темпа течения и разработки терапевтической тактики алкоголизма.

Динамические параметры формирования клинических симптомов показал, что развитие систематического злоупотребления в течение 3-5 лет с момента первых проб алкоголя повышает риск формирования тяжелого варианта СОА в 2,6 раза. Таким образом, развитие СОА в течение 2 лет с момента начала систематического злоупотребления алкоголем повышает риск развития осложненного варианта СОА по сравнению без такового.

Качественные параметры. Среди обследованных 36,2% больных имели семейную отягощенность. Достоверных различий между группами по наследственной отягощенности родителей нет. Анализ ретроспективной оценки первичной алкогольной эйфории выявил, что 28,6% больных оценили эффект алкоголя как негативный, 53,9% как нейтральный, а только 17,5 как положительный.

Таким образом, подтверждением ускоренного формирования алкоголизма у наших больных является факт влияния преморбидных факторов риска на среднюю длительность терапевтических ремиссий: чем быстрее формируется систематическое злоупотребление,

тем короче будущие ремиссии.

В качестве гипотезы исследования можно предположить, что если количественные характеристики динамики развития алкогольного заболевания будут достоверно различаться, то эти различия могут служить объективными предикторами прогнозирования клинических вариантов и типов течения алкоголизма.

Выводы: 1. Раннее формирование алкогольной зависимости связано не столько с возрастом начала потребления алкоголя, а с факторами риска в преморбиде. 2. Чем быстрее и в более раннем возрасте развивается злоупотребление, тем быстрее развивается СОА. 3. Наличие в преморбиде кофакторов риска повышает риск развития алкоголизма в 2,5 раза быстрее по сравнению с не осложненным преморбидом. 4. В результате корреляционного анализа выявлены достоверные критерии оценки факторов риска в клинико-патогенетических закономерностях алкоголизма.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Карабанова Е.В., Куприна А.А.
Саратов, Россия**

В современных условиях возрастает частота возникновения психогенных расстройств. Психические травмы, по мнению большинства авторов не проходят бесследно. Они меняют личность, отражаются на всей последующей жизни человека. В периоды возрастных кризисов психика отличается повышенной хрупкостью. Именно во время неравномерного и дисгармонического развития ребенка он становится наиболее уязвимым для разнообразных психогенных факторов. Разные травмы могут вызывать одни и те же проявления у детей одного возраста.

Особую опасность для ребенка представляет острая внезапная массивная травма сверхсильного характера. Ребенок воспринимает только то, что видит и чувствует. Он не может оценить будущую опасность. Громкие внезапные пронзительные звуки, смена обстановки, появление большой игрушки или клоуна может вызвать шоковую реакцию в дошкольном возрасте. В дальнейшем каждая похожая ситуация влечет за собой возобновление страха.

Для диагностики ПТСР необходимо учитывать, что травма долж-

на нести в себе угрозу жизни, вызывая интенсивный страх, ощущение беспомощности или ужаса. Пациент может либо лично пережить данное событие или стать его свидетелем. Кроме того, ПТСР может развиваться и после воздействия слабых, часто встречающихся стрессов. Травма переживается повторно либо в виде частых навязчивых воспоминаний событий, либо ночными кошмарами, касающимися данного события. Пациент действует или ощущает себя так, словно события возвращаются. Может быть оживление события, возникновение флэшбэков. Любые напоминания о травме упорно избегаются. Возникает стойкое и интенсивное автономное возбуждение, включая чрезмерную настороженность и реакцию испуга. Симптомы должны длиться более 1 месяца. Они вызывают выраженное нарушение социальной адаптации, затрагивая основные сферы жизнедеятельности.

ПТСР сопутствует чувство вины выжившего, нарушаются межличностные коммуникации, способность управлять эмоциями, саморазрушающее поведение, диссоциативные симптомы, всевозможные соматические жалобы, чувство стыда, социальная изоляция, изменение личностных особенностей.

На базе детского отделения ГУЗ «ОКПБ Святой Софии», а так же в Лечебно-консультативном центре Святой Софии за период с 2011 по 2016г. было осмотрено 7 детей в возрасте от 5 до 14 лет., страдающих Посттравматическим стрессовым расстройством.

Основными симптомами ПТСР у детей младшего возраста были состояния с возникновением ажитации, дезорганизацией поведения. В играх детей отражались, так или иначе, тема или аспекты травмы. Сон сопровождался неспецифическими ночными кошмарами. Дети в лицах восстанавливали во время беседы с врачом пережитую травму.

У детей появлялись пессимистические ожидания в отношении будущего, в том числе ожидание укороченной жизни. Специфические проявления определялись фазой развития, в которой находился ребенок во время травмы. Дети младшего возраста от 5 до 7 лет использовали обсессивную защиту в виде повторного обсуждения травмы, но аффект при этом подавлялся. Возникали вегетативные нарушения с сосудистым компонентом в виде обморочных состояний, учащенного сердцебиения, болей в сердце, головокружения, головных болей. Дети более старшего возраста от 8 до 10 лет использовали фантазии на тему, что они могли бы сделать. У подростков развивался синдром, более схожий с подобной симптоматикой у взрослых. Они более склонны реагировать асоциальным поведением. Усиливалась мо-

торная расторможенность, возникали тики, гиперкинезы, появлялись расстройства влечений, снижалась успеваемость, возникала астения. Появлялись мысли о смерти, тоска и подавленность.

Таким образом, спектр клинических форм данной патологии в детском возрасте очень широк. Незнание своеобразия клиники этих болезненных состояний зачастую приводит к диагностическим ошибкам.

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Кашичкина О.В., Деренок А.П., Маркина О.В., Буренина О.В.
Саратов, Россия**

Проблема терапии депрессивных состояний является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии, что связано с их высокой распространенностью: по имеющимся данным, до 25% женщин и 7-12% мужчин хотя бы раз в жизни перенесли депрессивный эпизод (DepressionGuidelinePanel, April1993), а так же с большим количеством случаев, когда существующие методы терапии депрессий оказываются недостаточно эффективными.

Целью настоящего исследования являлось изучение наиболее эффективных стратегий достижения ремиссии у больных с депрессивными расстройствами умеренной степени тяжести.

Методы исследования: шкала Гамильтона (HAM-D), шкала Монтгомери-Асберг (MADRS).

Было обследовано 98 больных (63 женщины и 35 мужчин) в возрасте от 19 до 60 лет с диагностированными депрессивными расстройствами умеренной степени тяжести: 14-18 баллов по шкале Гамильтона, 26-30 баллов по шкале Монтгомери-Асберг. Все больные находились на стационарном лечении в 15 отделении ОКПБ Святой Софии г. Саратова в период с 2015 по 2016 г.

За ремиссию нами было принято состояние больного, при котором депрессивная симптоматика не превышает 7 баллов по шкале Гамильтона или 12 баллов по шкале Монтгомери-Асберг.

Для купирования депрессивной симптоматики всем больным была назначена монотерапия антидепрессантами в адекватной дозе. На 4-й неделе лечения ответ на терапию, т.е. снижение балльной оценки по указанным шкалам не менее чем на 50% по сравнению с

исходным уровнем, отмечалось у 41 исследуемого(41,8%). Данные пациенты были отнесены нами в первую группу. Оставшиеся 57 исследуемых(58,2%) с отсутствием или недостаточным антидепрессивным эффектом были распределены во вторую группу. Им была произведена замена неэффективного антидепрессанта на другой. В дальнейшем оценка эффективности терапии производилась на 7 неделе от начала лечение одним антидепрессантом у пациентов I группы на 7 неделепосле замены антидепрессанта у пациентов II группы. У 53 исследуемых(54%) из обеих групп удалось достичь ремиссии монотерапией антидепрессантами. Состояние остальных 45 исследуемых (46%) не удовлетворяло принятым критериям ремиссии.

Для достижения ремиссии данной группе пациентов из 45 исследуемых к терапии антидепрессантом были добавлены препараты из различных фармакологических групп итаким образом пациенты были нами распределены на 3 группы по 15 человек в каждой. Оценка достижения ремиссии производилась на 7 неделе от начала сочетанной терапии. 15 исследуемымодной группы пациентов была назначена комбинированная терапия двумяантидепрессантами из различных групп. Фармакологическое обоснование такой стратегии состоит в том, что применение двух препаратов вызывает более широкий спектр повышения моноаминергической активности, чем каждого из них в отдельности. Применением данной методики удалось достичь ремиссии у 12исследуемых (80%). Однако нами было отмечено более частое возникновения различных побочных эффектов при комбинированной терапии двумя антидепрессантами (у 11 пациентов (73,3%)), чем при монотерапии антидепрессантами (у 28 пациентов (28,9%)). 15 пациентам другой группы был применен метод аугментации атипичными нейролептиками. Эффективность этого метода связана с противоположным фармакологическим воздействием атипичных антипсихотиков и антидепрессантов на норадренэргическую активность, основная роль отводится 5-НТ2А/2С-рецепторам. Применением данной методики удалось достичь ремиссии у 13 исследуемых (86,7%). Однако при использовании аугментации атипичными нейролептиками у 9 исследуемых (60%) возникли различные нежелательные явления, из них у 5 пациентов (33,3%) развились экстрапирамидные побочные явления и у 6 больных (40%) возникла проблема неблагоприятных метаболических нарушений (клинические проявления гиперпролактинемии, метаболический синдром), что

не возникало при монотерапии антидепрессантами. У оставшихся 15 исследуемых был применен метод аугментации небензодиазепиновыми анксиолитиками. Нами использовался препарат буспирон, т.к. он характеризуется сочетанием анксиолитического и антидепрессивного эффектов и обладает свойствами фармакологического «корректора» серотонинергической медиации. Так же важным фактором являлась безопасность данного метода, по данным исследований при присоединении буспирона к антидепрессантам частота тяжелых нежелательных явлений не увеличивалась (Harvey K.V., Balon R. 1995). При помощи данной методики удалось достичь ремиссии у 9 исследуемых (60%). Частота различных побочных явлений у пациентов в данной группе составила 20% (у 3 пациентов).

Таким образом, в результате проведенного исследования нами были изучены различные стратегии достижения ремиссии у больных с депрессивными расстройствами умеренной степени тяжести. Знание терапевтической эффективности и безопасности изученных стратегий позволят адекватно планировать назначение психофармакотерапии у данных пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ ГРУППОВОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Коновалов П.Н., Задорожная О.В.
Санкт-Петербург, Россия**

Проблема психосоматических заболеваний занимает особое место в современной психологии и психотерапии. В поисках глубинных корней этого явления, многие авторы приходят к выводу о наличии неких общих характерных черт психосоматического больного: эмоциональная «холодность», ориентация на жизненный успех, стремление к высокому социальному статусу, алекситимия, плохо развитая способность к фантазированию. Психосоматическая реакция – это нарушенная функция умения сказать «нет». Человек не может сказать «нет» объекту, он говорит его самому себе. Если человек не может сказать «нет», его агрессия превращается в аутоагрессию (Рожественский Д.С., 2009).

По мнению ряда авторов, онкологические заболевания имеют также психосоматическую природу и свидетельствуют о таких особенностях личности, как наличие нарушенных зависимых взаимо-

отношений с близкими окружающими. Типичная реакция онкологического больного на проблемы и стрессы нередко заключается в признании своей беспомощности, отказе от борьбы. Эта эмоциональная реакция приводит в действие ряд физиологических процессов, которые создают условия для возникновения опухоли. Многие онкологические больные с плохим прогнозом реагируют на заболевание такой сильной регрессией, что это начинает напоминать психоз. Они жалуются на полную внутреннюю опустошенность и выжженность. Их родные часто страдают от чувства вины и бессилия (Кулганов, В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов, 2013).

В ходе болезни отношения с близкими становятся еще более формальными инструментальными и зависимыми, так как пациент оказывается фактически зависим от поддержки родственников, от тех средств, которые необходимо тратить на лечение. Его реальной эмоциональный контакт взаимодействие и взаимоотношения с этими близкими фактически сокращаются до формальных процедур поддержки и содействия лечению. Таким образом, по нашему мнению, действие стрессогенных факторов, которые способствовали развитию заболевания, усиливаются и обостряются, что декомпенсирует личность, оказавшуюся наедине со своим заболеванием.

На сегодняшний день психотерапия у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, может выполнять паллиативные функции на терминальных стадиях, либо ставить перед собой задачи изменения отношения пациента к заболеванию. На компенсацию психотравмы, связанной с диагнозом и лечением, могут быть нацелены программы когнитивно-поведенческой терапии.

Мы считаем, что психотерапия у такой сложной категории больных, как онкологические пациенты, могла бы быть направлена на разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов, что позволило бы снизить, а возможно и устранить стрессогенные факторы, способствовавшие развитию заболевания. Разрешении межличностных и внутриличностных конфликтов, по нашему мнению, позволит значительно улучшить качество жизни онкобольных, изменить отношение к миру, окружающей действительности, повысить качество жизни. Таким образом, не устраняя само тяжёлое соматическое заболевание, терапия позволила бы личности получить новый ресурс для борьбы с ним и нахождения нового, более гармоничного места в социальной среде. С этой целью мы применяем формат групповой реконструктивной экзистенциальной терапии.

В ходе нашего исследования, проводимого на базе волонтерской организации «Онкозащита» среди больных, страдающих онкологическими заболеваниями и их родственников, мы планируем ответить на вопросы о возможностях и границах применения реконструктивной групповой психотерапии у данной непростой категории пациентов.

В качестве основного инструмента, позволяющего объективизировать результаты нашей работы, нами используется базисная карта, включающая в себя общий раздел, а также психометрические шкалы для оценки тревоги (интегративный тест тревожности), профиля личности (ММРІ), качества жизни (QLQ-C30), алекситимии (ТАS), копинг-стратегий (тест Лазаруса).

Нами разработана программа исследования, в которой бы мы хотели предложить участвовать всем заинтересованным лицам и организациям, всем кто сталкивается с онкобольными.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ «СХЕМЫ ТЕЛА» БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ С ПОМОЩЬЮ ПРОЕКТИВНОГО МЕТОДА К. МАХОВЕР «РИСУНОК ЧЕЛОВЕКА»

**Королев А.Л., Ярославская М.А.
Москва, Россия**

Цель исследования – изучение переживаний телесного опыта при депрессиях. Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 30 пациентов, имеющих диагноз депрессия (МКБ-10: расстройства настроения (аффективные расстройства) F 31 - F34; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F 41 – F43), находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении в ПКБ имени Ю.В. Каннабиха города Москвы. В психическом состоянии больных отмечалось изменение эмоциональной сферы. Самыми характерными признаками их жалоб являлись: снижение настроения; апатия; тревога; тоска; отчетливое снижение интересов и удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; снижение энергии, повышенная утомляемость при обычных физических и интеллектуальных нагрузках. Средний возраст составил – 54,4 года ± 2,6.

Для изучения особенностей переживания телесного опыта применялась проективная методика «Рисунок человека», сконструированная Карен Махвер. Процедура обследования предполагала

изображение обследуемым фигуры человека. Оценка графической информации проводилась по следующим параметрам: особенности изображения и пропорции частей тела, символическое трактование изображенных деталей, действий, предметов.

Результаты исследования. Полученные данные позволяют выделить наиболее характерный для группы депрессивных больных тип рисунков – физически слабое, прозрачное, бесполое очертание человека, с искаженными частями тела или вообще с их фрагментарным изображением. Главные источники - части коммуникационного процесса, такие как, глаза – зрение (основной орган контакта с внешним миром); уши – слух; рот – вербальное общение; руки, кисти, пальцы – тактильное общение – блокируются и искажаются. Так, например, испытуемые с диагнозом депрессия в 60% случаев изображают глаза и уши маленького размера, нечеткие 26,7% или вообще отсутствие пальцев 50% - все это выражает стремление как бы отгородиться от мира. Обращает на себя внимание еще один факт – это изображение тела в целом и его половой идентификации. В большей степени «схема тела» у больных депрессией сильно искажена. Так, например, непропорционально большая голова по отношению к телу встречается в 50% случаев (что указывает о сосредоточении на интеллекте, контроле над телесными импульсами); отсутствие 33,3% или разная длина 10% рук, следует отметить, что пропорционального изображения этой части тела во 2 выборке нет. Так же затруднена половая идентификация: адекватная – 50%, нет – 40%, с противоположным полом – 10% случаев.

Выводы: 1. У больных депрессивными расстройствами наблюдается неадекватное, искаженное и стертное восприятие своей телесности. 2. Стертое восприятие телесности у больных депрессией может свидетельствовать о наличии алекситимического радикала. 3. Полученные данные могут учитываться при построении психореабилитационных программ для пациентов, страдающих депрессией.

ПОПЫТКА РЕАЛИЗАЦИИ ТИПОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К АНАЛИЗУ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

**Куликова О.С.
Оренбург, Россия**

Введение. Шизофрения определяется как хроническое психиче-

ское расстройство, характеризующееся прогрессивным течением с постепенным формированием специфического когнитивного дефицита и обеднением эмоционально-волевой и потребностно-мотивационной сфер личности. Указывается на преимущественную манифестацию болезненного процесса в молодом возрасте и высокий процент инвалидизации пациентов, страдающих шизофренией [Руководство по психиатрии, 1983; Попов Ю.В., Вид В.Д., 2002].

При этом несмотря на большое число исследований, посвященных патопсихологии шизофрении [Keefe R., Eesley С.Е., 2006; Andreasen N.C. et al., 2008; Leitman D.I. et al., 2008; Pinkham A.E. et al., 2008; Зверева Н.В., 2011; Николаенко Н.Н., 2013], по-прежнему сложно назвать определенный признак или группу аномалий, свойственную шизофрении и не характерную для других нозологических форм [Петрова Н.Н., Задвинский В.Ю., 2007]. В этом отношении определенный интерес представляют изменения когнитивных стилей, связанные с заболеванием и придающие мышлению пациентов большое своеобразие. Основываясь на структурно-уровневой концепции интеллекта [Холодная М.А., 2004], мы рассматриваем когнитивно-стилевые характеристики пациентов с параноидной шизофренией как обобщенные типологические особенности восприятия и мышления, отражающие обусловленное заболеванием нарушение (снижение) регуляции процессов обработки информации в целом.

В связи с вышеизложенным **цель исследования:** изучение специфики нарушений регуляции познавательной деятельности пациентов, страдающих параноидной шизофренией. При этом мы опирались на концепцию когнитивного стиля как квадриполярного измерения [Холодная М.А., 2004]. Это позволило реализовать типологический подход к изучению познавательной деятельности, то есть выделить подгруппы пациентов в зависимости от качественных характеристик процесса регуляции познавательной деятельности.

Организация и методы исследования. В рамках проведенного эмпирического исследования было обследовано 80 пациентов (39 женщин, 41 мужчина) в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст – $32 \pm 6,23$ года), с клиническим диагнозом «параноидная шизофрения» при длительности заболевания на момент проведения исследования – не более одного года. Группу сравнения составили 50 психически здоровых лиц (25 женщин, 25 мужчин) в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст – $29 \pm 6,63$ лет).

В рамках исследования была использована методика диагностики

когнитивного стиля «полезависимость / полenezависимость» «Включенные фигуры» (индивидуальный вариант) [Gottschaldt K.B.].

На этапе статистического обработки результатов измеренные когнитивно-стилевые показатели («коэффициент имплицитной обучаемости» и «индекс полезависимости») были включены в процедуру кластерного анализа с целью разделения обследуемых на когнитивно-стилевые подгруппы. Далее применялся критерий ϕ^* - угловое преобразование Фишера – для сопоставления группы сравнения и экспериментальной группы по частоте встречаемости когнитивно-стилевой характеристики полезависимости / полenezависимости.

Результаты исследования, обсуждение результатов. По данным кластерного анализа, обследуемые группы сравнения могут быть разделены на 2 подгруппы: мобильные полезависимые ($n=19$) и мобильные полenezависимые ($n=31$). В экспериментальной группе выделены 3 подгруппы пациентов с когнитивно-стилевыми особенностями, соответствующими фиксированной полезависимости ($n=36$), мобильной полезависимости ($n=10$) и фиксированной полenezависимости ($n=34$). Следовательно, для психически здоровых обследуемых характерна мобильность когнитивно-стилевых характеристик полезависимости / полenezависимости, то есть способность к переходу на противоположный тип стилового поведения, что соответствует более высокому уровню регуляции процесса обработки информации и большей эффективности процессов социально-психологической адаптации. В экспериментальной группе, напротив, преобладает фиксированность когнитивно-стилевых особенностей, отражающая ослабление регулирующих аспектов интеллектуальной деятельности. В случае полезависимости (фиксированной полезависимости) ослабление регуляции процессов обработки информации проявляется в трудностях преодоления влияния видимого поля и мотивационно-аффективных состояний при построении объективированного познавательного образа.

Как было показано выше, когнитивно-стилевая подгруппа мобильных полезависимых представлена и в группе сравнения и в экспериментальной группе. С помощью критерия ϕ^* - угловое преобразование Фишера была выявлена статистически значимо большая частота встречаемости качественно определяемого признака мобильной полезависимости в группе сравнения по сравнению с экспериментальной группой ($\phi^*\text{эмп.} = 11,4$; $p < 0,001$). Эти статистически значимые различия в численности выделенных когнитивно-стилевых

подгрупп среди пациентов и психически здоровых лиц свидетельствуют о наличии связанных с болезненным процессом нарушений процесса регуляции познавательной деятельности у обследованной категории пациентов.

Полученные данные можно рассматривать как попытку реализации типологического подхода к исследованию когнитивных нарушений при параноидной шизофрении, поскольку выделенные когнитивно-стилевые подгруппы отличаются качественной спецификой протекания процесса регуляции познавательной деятельности.

АУТИЗМ. ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Куприна А.А.
Саратов, Россия**

Расстройство психического развития ребенка, именуемое аутизмом, встречается достаточно часто и количество детей, страдающих аутизмом, увеличивается. По половому признаку недуг «предпочитает» мальчиков, которые страдают данным видом расстройства в 4 раза чаще, чем девочки. Ученые не прекращают спорить о причинах, заставляющих мутировать гены малыша, и продолжают исследовать болезнь в надежде найти «противоядие». С позиции психофизиологического подхода заболевание является следствием нарушения определенных психофизиологических механизмов. С.С. Мнухин, считает, что при аутизме имеется первичное снижение витального тонуса, по мнению Римланда – нарушение уровня бодрствования. Орниц и Бендер предполагают первичную патологию вестибулярно-го аппарата, нарушение константности восприятия.

С позиции клинического подхода при аутизме на первый план выступает слабость «Я», нарушение сознания и активности (Лудтц). Аспергер первичным считает врожденную инстинктивную недостаточность, Шесс – врожденную тревожность, Кревелин – недостаточность интуиции, не способность понимания переживаний других людей. Нейропсихологические гипотезы связывают аутизм с нарушением корковых функций преимущественно левого полушария (речевых зон) или с гипоактивностью правого полушария, переработкой образной и символической информации, оторванностью от реальности без опоры на реальные впечатления, изолированностью символов. На основании многочисленных исследований, констати-

роvan факт: существует очевидная корреляция аутизма с синдромом слабой х- хромосомы. Еще одним генетическим фактором, вызывающим аутизм у детей, является конфликт между генами отца и матери, унаследованными ребенком.

Считается, что при большей активности «отцовских» генов и происходит развитие аутизма. Тема возможной виновницы вакцины в заболевание детей аутизмом обсуждается давно. Ученый Вейкфилд занимался изучением детей, страдающих аутизмом в связи, как он предполагал с введением им комбинированной прививки от кори, краснухи и паротита, и его выводы якобы подтвердили предположения. Однако выяснилось, что данные были подтасованы в связи с конкурентной вакциной. В основе развития аутизма лежит поломка иммунной защиты, и предвидеть наступление этой поломки от вакцины невозможно. Ни одна из концепций не является общепризнанной.

К основным видам аутизма относятся: синдром Каннера, атипичный аутизм, синдром Ретта, синдром Аспергера. Основными проявлениями синдрома Каннера являются: собственно аутизм, страхи и фобии, отсутствие устойчивого чувства самосохранения, стереотипы, особенная речь, нарушенные познавательные и интеллектуальные способности, особенности игры, особенности двигательных функций. Характерными симптомами атипичного аутизма являются: расстройства речи, признаки эмоциональной недостаточности, признаки социальной дезадаптации и несостоятельности, расстройство мышления, раздражительность. Синдром Ретта относится к особой форме аутизма, при которой появляются тяжелые психоневрологические нарушения на фоне прогрессирующих дегенеративных изменений в цнс. Синдром Аспергера – еще один вид аутизма, относящийся к общим нарушениям развития ребенка. Для него характерны нарушения социальных связей, особенности интеллектуального развития, нарушение сенсорики и моторики.

В 2014-2016 гг было проведено психиатрическое обследование 354 детей, находившихся на стационарном лечении в 8 отделение ГУЗ ОКПБ, в возрасте от 3 до 10 лет, страдающих аутизмом. При чем, в 2014 году обследовано 95 детей, в 2015г- 115, в 2016- 144 ребенка. Из них 200 детей (56%) страдали процессуальным ранним детским аутизмом, 120 детей (33%)- органическим ранним детским аутизмом, 32 ребенка (9%) – РОПГМ с аутоподобным поведением, 2 ребенка (0.5%) – синдромом Дауна с аутистическими чертами. В числе обслед-

дованных было 247 мальчиков и 107 девочек (соответственно 70% и 30%). Все дети имели статус ребенка-инвалида. Из них повторно к нам поступили 200 детей (56%). Проводилось экспериментальное исследование развития мышления и речи при разных видах РДА. Так же целью исследования являлось отследить динамику заболевания по принципу А- улучшения состояния, Б- без изменений, В- ухудшение состояния. Отмечено, что 180 детей (90%) получали регулярное лечение нейролептиками, 10 детей (5%) - получали нейролептики-эпизодически, 10 детей (5%) - получали только ноотропы. У 150 детей (75%), страдающих РДА, отмечена положительная динамика в психическом состоянии, 35 детей (15%) – без особых изменений, 20 детей (10%) - ухудшение состояния.

Все это позволило сделать следующие выводы: у ребенка своевременно не складываются межцентральные взаимодействия- отдельные психические процессы развиваются в условиях изоляции, формируется диспропорция интеллектуального развития, когда значительные достижения в одних сферах сочетаются с недоразвитием других. Патологические особенности развития при РДА связаны с отдельными нарушениями психического тонуса, аффективной сферы, восприятия, моторики, речи, регуляторных систем, с затруднением социальной адаптации, асинхронией развития в целом- искажением нормального взаимодействия функций. Выявлено, что дети, страдающие аутизмом и получающие регулярное лечение, отмечают значительные улучшения в психическом состоянии такие как: расширение словарного запаса, улучшение коммуникативной функции, эмоциональной волевой сферы, уменьшение гиперактивности, двигательных стереотипий.

АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ АМБУЛАТРОНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Купцов П.Ю., Петров В.Е.

Балаково, Саратовская область, Россия

В настоящее время в России идут быстрые и масштабные процессы социально-экономических и политических изменений. В этот период особенно трудно приходится несовершеннолетним с их, неустойчивой личностной позицией, незрелым мировоззрением, меняю-

щейся системой ценностей. Особая категория, это несовершеннолетние, страдающие психическими расстройствами. В период борьбы с криминогенными факторами в стране, важную роль в профилактике преступлений среди несовершеннолетних с психическими расстройствами, может стать анализ повторных правонарушений по материалам амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз.

Нами было исследовано количество и структура повторных амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз среди несовершеннолетних по итогам трех лет в период с 2014 по 2016 г.г.

В отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» за указанные три года было проведено 226 экспертиз несовершеннолетним. Из этого числа экспертиз признано здоровыми 148 чел., что составляет 65,5% от проведенных экспертиз несовершеннолетним. Выявлены психические расстройства у 78 чел. – 34,5%. Структура психических расстройств распределилась следующим образом: умственная отсталость – 47,4% от числа лиц с психическими расстройствами, расстройства поведения детского и подросткового возраста – 25,6%, органические расстройства личности и поведения – 23,0%, шизофрения – 3,8%.

По структуре правонарушений (в рамках статей УК РФ) выявилась следующая картина: на первом месте лица совершившие кражи 73,0%, на втором месте – грабеж – 11,5%, на третьем неправомерное завладение автомобилем или другим транспортным средством без цели хищения – 6,4%. Следует отметить, что среди преступлений против личности (умышленное причинение вреда здоровью и угрозы убийством) совокупный процент составил 3,8%. А учитывая, что грабеж также относится к тяжким преступлением, то совокупный вес тяжких преступлений составил – 15,4%.

По нозологическому признаку и статьям УК РФ картина сложилась следующим образом: кражи в основном совершали лица с умственной отсталостью – 54,4% от числа лиц в рамках этой статьи, а также несовершеннолетние с расстройствами поведения детского и подросткового возраста – 21,1%, и лица с органическими нарушениями поведения – 19,3%.

Грабеж чаще совершали лица с умственной отсталостью – 55,5% и с расстройствами поведения в детском и подростковом возрасте (то есть возможные формирующиеся психопаты) – 22,2%.

Среди совершивших преступления против личности процент

распределился так: среди лиц с органическими расстройствами личности – 66,7% и лиц с расстройствами поведения в детском и подростковом возрасте – 33,3%.

Повторных экспертиз - 59 чел. Из них признано здоровыми – 26 чел., что составляет – 26,1%. Лиц с психической патологией – 33 чел, что составляет – 14,6%. Структура психических расстройств распределилась следующим образом: умственная отсталость – 54,5% от числа лиц с психическими расстройствами, расстройства поведения детского и подросткового возраста – 12,1%, органические расстройства личности и поведения – 0,0%, шизофрения – 0,0%. По структуре правонарушений (в рамках статей УК РФ) выявилась следующая картина: на первом месте лица совершившие кражи 53,5%, на втором месте – грабеж и разбой – 27,2%, на третьем неправомерное завладение автомобилем или другим транспортным средством без цели хищения – 9,1%. 3,0% - преступления связанные с наркотиками и 3,0% - незаконное проникновение в жилище. По нозологическому признаку и статьям УК РФ картина сложилась следующим образом: кражи в основном совершали лица с умственной отсталостью – 73,7% от числа лиц в рамках этой статьи, а также несовершеннолетние с расстройствами поведения детского и подросткового возраста – 15,8%, и лица с органическими нарушениями поведения – 10,5%.

Грабеж и разбой чаще совершали лица с расстройствами поведения в детском подростковом возрасте (то есть возможные формирующиеся психопаты) – 44,4% и лица с умственной отсталостью – 33,3%.

Процент повторных экспертиз от общего числа составил – 26,1%. Из них признаны здоровыми – 11,5%, признаны психически больными – 14,6%

Таким образом, по данному исследованию можно сделать выводы, что наибольший процент по результатам проведенных АСПЭ составляют психически здоровые лица. При повторных АСПЭ на 11,6% преобладают лица с психическими расстройствами, от числа повторных экспертиз. Хотя и этот процент не велик от общего числа экспертиз, но учитывая привычный стиль криминального поведения я позволяет сделать акцент на разработку мероприятий в рамках биопсихосоциальной модели реабилитации лиц с правонарушениями имеющих психические расстройства. Начало данного исследования предполагает поведение дальнейших углубленных исследований по данной тематике которые позволят дать наиболее объективную картину.

ГАБАПЕНТИН В ТЕРАПИИ ОРГАНИЧЕСКОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

Курышов В.Н., Маслова Н.В., Щербина Р.Ю.,
Майер О.Н., Белов Ю.Г.
Саратов, Россия

Распространенность тревожных расстройств органического круга требует поиска наиболее оптимальных терапевтических подходов.

К тому же задача осложняется наличием у данной группы пациентов достаточно выраженной соматической и неврологической патологии, либо их сочетаний, что препятствует назначению многих психотропных средств.

Под нашим наблюдением находилось 32 человека с диагнозом органическое тревожное расстройство, в возрасте 53 -72 лет, из них 21 женщина и 11 мужчин. Давность заболевания составляла от 3 до 10 лет. Ранее всем им назначались психотропные препараты различных групп, которые оказывали лишь незначительный и кратковременный положительный эффект.

В связи с чем нами была предпринята попытка изучения эффективности аналога ГАМК – Габапентина (нейронтин) при органическом тревожном расстройстве. Лекарственный препарат назначался в течение 8 недель, начиная с дозировок 300 мг в сутки, с постепенным увеличением на 300 мг через каждые 4-5 дня в зависимости от особенностей клинической картины заболевания пациентов. Состояние пациентов оценивалось клинически и с помощью шкал тревоги Гамильтона, а так же CGI в динамике.

У части больных (8 человек) субъективное улучшение самочувствия отмечалось уже с первых дней приема Нейронтин. Однако, очерченная редукция тревожной симптоматики обнаруживалась к 16 дню терапии при достижении дозировки 900 - 1200 мг в сутки.

В то же время, у большинства больных (18 человек) отчетливое снижение уровня тревоги обнаруживалась лишь к 4 неделе от начала приема препаратов. При этом максимальный терапевтический эффект наступал при достижении доз исследуемого препарата 1500 – 1800 мг/сутки.

У 6 пациентов наметилась лишь частичная редукция тревожных проявлений, что предположительно может быть обусловлено недостаточной длительностью терапии, а так же необходимостью применения более высоких доз препарата.

Таким образом, проведенное нами наблюдение показало доста-

точно высокую эффективность и хорошую переносимость Габапентина при органическом тревожном расстройстве.

ПЕРЕНOSИМОСТЬ ТИМОАНАЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Кучаева А.В., Семенихин Д.Г., Михайлова Е.Б.
Казань, Республика Татарстан, Россия**

Актуальность: Переносимость и отказы от фармакотерапии являются одной из актуальных проблем современной медицины, [Аведисова А.С. и др., 1999]. К группе риска возникновения отказов от фармакотерапии относятся и больные с депрессивными расстройствами. В клинике изучаемых нами непсихотических депрессивных расстройств проблема отказов и переносимости тимоаналептической терапии актуальна из-за достаточно высоких требований к качеству жизни у данной группы пациентов [Nierenberg АА. 2014]. При этом данные по распространенности отказов и переносимости у этих пациентов весьма разноречивы и колеблются от 8-17% до 20-30% пациентов [Ward N. 2012]. В литературе нет четких рекомендаций по переносимости и уменьшению числа пациентов отказывающихся от фармакотерапии антидепрессантами.

Цель исследования: разработка принципов прогноза и оптимизации переносимости и отказов от фармакотерапии непсихотических депрессивных расстройств.

Материал и методы исследования: Ретроспективно было обследовано 600 пациентов с непсихотической депрессией: 170 пациентов, с диагнозом органическое депрессивное расстройство - F.06.3, 85 пациентов - с диагнозом депрессивный эпизод легкой степени выраженности F32.0; 65 пациентов с диагнозом депрессивный эпизод средней степени выраженности F32.1; 95 пациентов - с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство с депрессивным эпизодом легкой степени выраженности F33.0; 87 пациентов - с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство с депрессивным эпизодом средней степени выраженности F33.1; 98 пациентов - с диагнозом смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2. (МКБ-10). Все пациенты находились на стационарном лечении в ГАУЗ РКПБ МЗ РТ им. акад. В.М.Бехтерева г. Казани, 2017 г. Пациенты получали лечение: антидепрессанты или их комбинации. Для оценки степени

выраженности нежелательных лекарственных реакций использовали шкалу оценки побочных эффектов UKU (Side Effect Rating Scale). 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 исследования: Наиболее частой причиной низкой переносимости и отказов от антидепрессивной терапии у пациентов с изучаемой нами непсихотической депрессией было развитие нежелательных лекарственных реакций – 68% ($p < 0,05$). Проведенное сравнительное исследование у всех изучаемых нами пациентов с непсихотическими депрессиями показало, что при терапии антидепрессантами были представлены психические, неврологические и вегетативные нежелательные явления (классификация UKU); психические – $12,98 \pm 0,94$ ($p < 0,05$), неврологические – $5,15 \pm 0,27$ ($p < 0,05$), вегетативные – $14,98 \pm 1,51$ ($p < 0,05$).

Психические нежелательные лекарственные реакции, наблюдаемые при терапии антидепрессантами, имели максимальную распространенность в начале курса лечения, вегетативные – в середине курса лечения антидепрессантами, а распространенность неврологических нарушений увеличивалась к концу периода исследования.

Следует отметить, что в первую неделю терапии доля больных с психическими нежелательными лекарственными реакциями была в 1,5 раза выше у пациентов с диагнозом органическое аффективное непсихотическое депрессивное расстройство F06.36 и у пациентов с диагнозом смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2., по сравнению с другими изучаемых нами типами депрессий (F32.0, F32.1, F33.0, F33.1), что связано со сложностью депрессивного аффекта с присоединением тревожных, ипохондрических симптомов, органической патологии, способствующей резистентности к проводимому лечению и требующей проведения комбинированной терапии с присоединением других психотропных лекарственных средств у пациентов с диагнозами F06.36, F41.2 ($p < 0,05$).

Анализ не только объективного, но и субъективного аспекта переносимости лечения антидепрессантами, предполагал также оценку отношения пациента к побочным реакциям и к возможности возникновения у него в процессе терапии тех или иных нежелательных лекарственных реакций. Субъективное отношение пациента к неже-

лательным лекарственным реакциям тимоаналептической терапии определял стиль поведения больного в рамках лечебного процесса, уровень его согласия с рекомендуемой терапией (комплаентность), а также вероятность отказа от лечения.

Выводы: Наиболее частой причиной низкой переносимости и отказов от антидепрессивной терапии были нежелательные лекарственные реакции. При лечении непсихотической депрессии антидепрессантами наиболее часто проявлялись психические нежелательные явления. Наличие коморбидной органической патологии, присоединение тревожных симптомов способствует резистентности к лечению, присоединению психотропных средств других фармакологических классов и уменьшает переносимость тимоаналептической терапии.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Кучкаров У.И., Рустамов У.Т.
Бухара, Узбекистан

Актуальность. Героиновая наркомания является одно из важнейших проблемой сегодняшнего дня. Преобладающими в спектре психических расстройств у аддиктивной патологии являются непсихотические психические расстройства, а среди них неврозоподобные нарушения, особенно тревога и субдепрессия. Дефицит в когнитивной сфере ухудшает социальную адаптацию и отрицательно влияет на ремиссию болезни. Улучшение когнитивной сфере способствует редукции компонентов синдрома ангедонии и других неврозоподобных расстройств. В связи с этим коррекция неврозоподобных и когнитивных расстройств является одной из центральных задач аддиктивного поведения.

Целью исследования явилось изучение динамики и особенности неврозоподобных и когнитивных расстройств. Оценить эффективность венлаксона при неврозоподобных и когнитивных расстройств.

Задачи исследования. Оценить противотревожный и тимоаналептический эффект венлаксона при героиновой наркомании в постабстинентном периоде (ПАС) и проанализировать качество жизни в процессе терапии.

Материалы и методы. Обследованы клинически и демографи-

чески не отличающиеся 46 больных в возрасте 21-45 лет с диагнозом героиновая наркомания в постабстинентном периоде. Больные были разделены на 2 группы: основную группу 26 больных, получивших на фоне базисной терапии венлаксор, в контрольную группу включены 20 больных, которые на фоне базисной терапии принимали amitriptilin. Анксиолитический эффект препаратов оценивался с помощью шкалы тревоги Гамильтона (НАМА) в 0, 10, 20, 30-й дни от момента начала терапии в ПАС. Для оценки триады психобиологической зависимости (синдром ангедонии по Крупицкому Е.М. и соавт.) использовалась анкета оценки синдрома ангедонии. Результаты и обсуждение. В постабстинентном периоде при героиновой наркомании аффективные нарушения были тесно связаны с его вегетативными проявлениями и характеризовались дисфорической депрессией с тревогой. У части пациентов на первый план выступали тревога, беспокойство, внутреннее напряжение, другие жаловались на апатию, безразличие, тоску. После 5 дня лечения в основной группе больные чувствовали послабление тревоги и внутреннего напряжения. Средняя суточная доза венлаксора в начале лечения составила 75 мг на фоне базисной терапии. Через 6-8 часов после лишения наркотика у всех больных возникали напряженность, неусидчивость, тревога, раздражительность, которые сочетались с общим недомоганием, слабостью. По шкалам Гамильтона достоверное уменьшение тревоги отмечено на 10-й день постабстиненции. В контрольной группе в ПАС также отмечались снижение настроения, усиление раздражительности и тревоги, появлялось двигательное беспокойство в виде неусидчивости. У 5 (25%) пациентов наблюдалась апатия, безразличие, угрюмость. Для большинства больных была характерна злобность, иногда агрессивное поведение. Компulsive влечение к наркотику возникало в начале лечения в основной группе – у 18 (69%) а в контрольной группе – у 13 (65). На фоне лечения compulsive влечение к наркотику снизилось у 11 больных основной группы (61%), а в контрольной группе – у 5 больных (38%). У 22 пациентов основной группы в начале терапии венлаксором отмечался депрессивный фон настроения с элементами заторможенности, неверие в свои силы, апатии, отсутствием реальных планов. Отмечались эпизоды тревоги с обострением compulsive влечения к наркотику. В основной группе продолжительность дисфорического компонента протекала с криками, злобой, агрессией и недопониманием ситуации. Дисфории повторялись через определенные промежутки времени по типу ор-

ганических пароксизмов. Но больные сообщали о своих состояниях просили и принимали дополнительные препараты. А больные контрольной группы при возникновении тревоги в различных ситуациях стремятся ее погасить, принимая героин. Компоненты синдрома ангедонии было намного выражены в контрольной группы. Больные принимавшие амитриптиллин жаловались сухость во рту, нарушение зрения, слабость, головокружение, тахикардия, затруднение мочеиспускания и на запоры. В процессе терапии венлаксором холинолитические побочные эффекты встречались лишь у 3 (11%) больных.

В начале болезни отмечалось значительные снижение те функции которые отражается когнитивная функция: внимание, речь, гнозис, праксис, счет, мышление, ориентация, планирование и контроль психической деятельности в социуме. После длительное злоупотребление психоактивных веществ появляются в виде утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации внимания и невозможность интенсивной умственной деятельности. У больных суживается умственный кругозор и способность обобщать и выделять главное. Постепенно падал работоспособность, больные работают лишь короткими периодами при условии приема достаточной дозы и достижения состояния психического и физического комфорта в периоде интоксикации. У большинства больных развивается общее эмоциональное огрубение, лживость, отсутствие чувства стыда, они становятся равнодушными, их не волнует потеря работы или семьи, и даже собственное здоровье. Анализ результатов когнитивных тестов показал, что статистически достоверное улучшение состояния когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем к окончанию терапии венлаксором наблюдалось по всем тестам. После лечения венлаксором достоверно улучшалось анализ, синтез, плавность речи и качество внимания. Больные стали планировать свои жизненные пути и начали контроль психической деятельности в отделение.

Выводы. Неврозоподобные и когнитивные расстройства являются одним из основных симптомов патологического влечения к наркотику, воздействуя на эти симптомы, мы можем преодолевать тягу к наркотикам. Проведенное исследование подтверждает высокую эффективность венлаксора при неврозоподобных и когнитивных расстройствах героиновой наркомании. Достоверные улучшения показателей ещё раз доказывает необходимость включения антидепрессантов в терапии героиновой наркомании.

СХОДСТВА МОТИВАЦИОННОЙ ГОТОВНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ С СОМАТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Кучкаров У.И., Рустамов У.Т.
Бухара, Узбекистан

Актуальность. Вопросы связанные с героиновой зависимости является значимой как для теории медицины, так и для клинической практики. Изменение различных жизненных параметров больных естественно влияет на качества жизни (КЖ). КЖ - это восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей и связи с их целями, ожиданием, стандартами и заботами. В настоящее время наблюдается рост количества научных работ, посвященных изучению различных аспектов КЖ. В Узбекистане подобного рода исследований не проводились, не изучены факторы воздействующие на течение, клинику и формирование качественной ремиссии в постабстинентном периоде героиновой наркомании.

Цель и задачи исследования - оценка качества жизни больных героиновой наркоманией с соматическими осложнениями.

Материалы и методы исследования. Обследовано 76 пациентов, находившихся на лечении с диагнозом героиновая наркомания. Все больные мужчины, возраст больных колебался от 21 до 40 лет. Длительность заболевания варьировала от 6 мес. до 5 лет, составляя в среднем 3,2 года. Исследования у больных героиновой наркомании проводились на основании опросника SF-36 (качество жизни), которая включала шкалы физического состояния, эмоционального состояния, ролевого функционирования, витальности, выраженности болевого синдрома, влияния физического, эмоционального состояния на ролевое функционирование. Анализ результатов и обсуждения. Из соматических осложнений наркомании отмечались: вирусный гепатит С у (19) - 25% больных, вирусный гепатит В+С у (8) - 10,5%. Признаки токсического поражения печени обнаруживались у 72,9%. ВИЧ-инфекция была выявлена в (22) - 28,9%; токсическая кардиопатия — в (20) - 26,3%, хронические поражения других органов и систем — в (26) - 34,2% случаев. Все больные с соматической патологией отмечали практически одинаковые проблемы, связанные со здоровьем и взаимоотношениями в различных сферах жизни. Они говорили, что наркомания наполовину сократила их «нормальную»,

повседневную деятельность, жизненный тонус, уровень социальных связей. У всех больных наблюдалось отчетливое неблагополучие в семейной жизни: ссоры, скандалы - для большинства пациентов поводом для получения медицинской помощи являлись настойчивые просьбы родственников. Найдена достоверная корреляция между показателями интенсивности боли, жизненной активности с оценкой качества жизни.

В результате обследования при сравнении по SF-36 рассматриваемая выборка пациентов оказалась по всем векторам достоверно хуже, чем популяция здоровых лиц. Соматические осложнения в значительной степени снижали показатели КЖ. После 3-недельного курса стационарного лечения контакт с врачом осуществлялся минимум 1 раз в месяц. КЖ больных с героиновой зависимостью в соответствии от уровня социальной адаптации в ПАС был неоднородным. I уровень адаптации по многим характеристикам незначительно отличался от не употребляющих наркотиков сверстников. Большой процент этой группы составлял астенодинамический вариант невротоподобных расстройств ПАС. II уровень - социальный статус которых характеризовался значительным снижением, что выражалось в частых обострениях наркозависимости, и социальной неспособленности. 75% этой группы составлял тревожно фобический вариант невротоподобных расстройств. III уровень адаптации характеризовался резкой дезадаптацией, проявлявшейся в антисоциальном образе жизни, конфликтах с законом и частыми госпитализациями в наркологические отделения. 68% этой группы - субдепрессивно - дисфорический вариант постабстинентных расстройств. Показатели КЖ на этапе кагамнестического наблюдения продолжали улучшаться, наиболее быстрой и достоверной положительной динамике подвергались оси эмоционального состояния и жизненной активности, затем следовали оси работоспособности и физического самочувствия, медленнее всех восстанавливалась адаптация в социуме. Однако для того, чтобы показатели КЖ стали сравнимыми с таковыми общей популяции, трех месяцев воздержания от приема наркотиков также недостаточно, требуется более длительная медико-социальная реабилитация. Показатели КЖ у пациентов с астенодинамическим вариантом несколько превышали показатели других групп ПАС в ремиссии. Согласно полученным данным, улучшение качества жизни в ремиссии было более выраженным, нежели ухудшение данного показателя в случае рецидива. При этом в случае рецидива отмечалось

достоверное ухудшение сфер настроения, общественной поддержки и ролевых функций на работе и в повседневной жизни. Следовательно, возможно прогнозирование вероятности рецидивов у лиц, зависимых от героина, при помощи показателя качества жизни. У всех обследованных больных героиновой наркоманией наблюдались достаточно серьезные проблемы, связанные с физическим здоровьем, появившиеся в процессе заболевания.

Вывод: При оценке корреляции между качеством жизни с различными вариантами ПАС, достоверная значимая связь получена между уровнем депрессии и всеми показателями качества жизни, качество жизни героиновой наркомании намного ниже, чем в общей популяции. Получена достоверная обратная корреляция средней силы между выраженностью астении и такими составляющими качества жизни, как витальность и социальное функционирование. Найдена достоверная корреляция между уровнем образования, занятостью, уровнем удовлетворенности, материальным положением и оценкой качества жизни. Установлено, что наличие соматической патологии снижают качество жизни по большинству шкал. Можно с определённой степенью уверенности говорить о том, что исследование субъективного качества жизни в наркологии может быть полезным и информативным методом, в том числе при прогнозировании рецидивов, причём в качестве прогностических критериев следует рассматривать не высокую или низкую оценку качества жизни, а совокупность различных показателей.

ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФЕВАРИНА И КВЕТИАПИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЖИТАЦИЕЙ НА ФОНЕ ДЕМЕНЦИИ СОСУДИСТОГО И АТРОФИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

**Лапшова А.И., Котина М.Б., Стрелкова И.В., Фролова С.С.
Саратов, Россия**

Целью настоящего исследования является анализ терапевтической эффективности сочетанного применения препаратов феварин и кветиапин при лечении возбуждения и ажитации у больных с деменцией.

Препарат феварин является антидепрессантом из группы СИ-ОЗС, характеризуется минимальным влиянием на норадренергическую передачу. Обладает слабой способностью связываться с α - и

β - адренорецепторами, гистаминовыми, м-холинорецепторами, допаминовыми и серотониновыми рецепторами.

Препарат кветиапин является атипичным нейролептиком и проявляет более высокое сродство к серотониновым 5HT-рецепторам, по сравнению с допаминовыми D1-D2 рецепторами головного мозга. Обладает так же высоким сродством к гистаминовым и $\alpha 1$ -адренорецепторам и менее эффективен по отношению к $\alpha 2$ -адренорецепторам.

Под нашим наблюдением находилось 40 пациенток в возрасте от 70 до 90 лет с диагнозами по МКБ-10:

- деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом F 00.1
- сосудистая деменция с психотическими включениями F 01.828

Средний возраст пациенток составил 81,6 лет. Средний возраст начала психического заболевания 61 год. Длительность настоящего эпизода психомоторного возбуждения 3 недели. До начала терапии феварином и кветиапином в течении не менее двух недель больные не принимали нейролептики и антидепрессанты. Всем пациенткам препараты назначались в таблетированной форме в суточной дозе феварин 50-100 мг в обед, кветиапин 100 мг в вечернее время. Продолжительность исследования составила 12 недель. Методы исследования: степень выраженности когнитивных расстройств оценивалась по шкале MMSE, сенсомоторными пробами, тестами луриевской батареи; степень выраженности возбуждения оценивалась по опроснику Когена-Мансфилда для оценки возбуждения (СМАИ), Нейропсихиатрическому опроснику (NPI), шкале общего клинического впечатления (CGI-S). До начала лечения степень выраженности когнитивных расстройств пациенток оценивалась по шкале MMSE и в среднем составила 18 баллов, что свидетельствует о наличии у большинства больных умеренно-выраженной деменции. Степень выраженности возбуждения до начала исследования оценивалась по шкалам: NPI, СМАИ, CGI-S. и составила 6, 74 и 5 баллов соответственно.

Результаты лечения. У 29 больных (72,5%) в соответствии со шкалой CGI-S отмечался положительный эффект терапии уже к концу второй недели. На 6 неделе терапии у 31 больных (77.5%) средняя суммарная оценка по шкалам СМАИ и NPI уменьшилась на 10 (13,5%) и 1 (20%) балл соответственно. На 12 неделе к концу лечения у 35 больных (87,5%) отмечалось выраженное улучшение состояния, по шкале СМАИ выраженность возбуждения составила 55 баллов, по шкале NPI – 2. В степени выраженности когнитивной сферы, которая

оценивалась по шкале MMSE, динамики не отмечалось и на 12 неделе лечения составила 18 баллов. Побочных эффектов от лечения не наблюдалось ни у одной пациентки.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что эффективность сочетанного применения феварина и кветиапина при лечении ажитации у больных с деменцией различной этиологии достаточно высока. Учитывая хорошую переносимость препаратов у людей пожилого возраста, отсутствие побочных эффектов, мы можем говорить о преимуществе данного сочетания препаратов для лечения возбуждения у больных деменцией.

ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

**Линева Т.Ю., Брюхин А.Е., Окопишников Е.В.
Москва, Россия**

Нервная анорексия - психическое заболевание, развивающееся, как правило в подростковом и юношеском возрасте, преимущественно у лиц женского пола. Расстройство характеризуется стойким неприятием своего телесного образа и выраженным стремлением к его коррекции при помощи ограничений в приеме пищи или полным отказом от неё, различных очистительных мероприятий и интенсивных физических нагрузок.

В структуре сложного психопатологического синдрома, наряду с дисморфофобией-дисморфоманией и аффективными нарушениями значительная роль отводится обсессивно-фобическим расстройствам, которые отличаются клиническим полиморфизмом и наблюдаются, как в преморбиде, так и на различных этапах заболевания и, несомненно, влияют на динамику болезни, успех терапии и прогноз.

Клинико-психопатологический анализ репрезентативной группы больных нервной анорексией (свыше 2000 человек), обратившихся за консультацией и лечением на кафедру психиатрии и медицинской психологии РУДН, позволяет считать обсессивно-фобические расстройства облигатной симптоматикой этого вида патологии [М.А. Цивилько, М.В. Коркина, 1997]. Нередко у этих пациентов имеют место и компульсивные расстройства.

Наиболее часто, ещё до клинических проявлений нервной анорексии, в детском и подростковом возрасте, у этой группы больных появляется ряд психопатологических расстройств, к которым, пре-

жде всего, относятся различные страхи, в том числе страх темноты, страх оставаться одному в пустой квартире, страх смерти родителей, опасения за свое здоровье, а также навязчивые действия и разнообразные ритуалы.

Следует подчеркнуть, что обсессивно-фобические нарушения возникают уже на раннем этапе нервной анорексии. При этом ведущее место занимает навязчивый страх, связанный с едой - страх приема пищи, чувство тяжести и болезненных ощущений в эпигастральной области после еды, опасения, связанные с задержкой стула, в результате чего больные ограничивают себя в еде, принимают большие дозы слабительных препаратов. Нередко это сопровождается чрезмерными физическими упражнениями. В период возникновения булимической симптоматики появляются навязчивые действия и влечения, разнообразные ритуалы, и компульсивные расстройства.

Обсессивные нарушения при нервной анорексии чаще связаны по содержанию с приемом пищи, однако, при существенном падении массы тела и нарастании кахексии, а также при массивной булимической симптоматике возможны навязчивости иного характера, не связанные с пищевой тематикой.

Таким образом, в целом, навязчивые расстройства приобретают значительную выраженность и разнообразие как при нарастании дефицита массы тела, так и при усилении булимии.

Следует считать, что обсессивно-фобические расстройства неразрывно связаны с пищевым поведением, что имеет важное значение для понимания патогенеза навязчивых нарушений при нервной анорексии. Важно подчеркнуть, что чем более выраженными являются обсессии, тем сложнее лечение и реабилитация больных с этой патологией.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ М.Е. БУРНО ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АСТЕНО-ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

**Маркова И.П.
Самара, Россия**

Актуальной проблемой современности является восстановление больных после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Улучшение качества медицинской помощи при-

вело к уменьшению смертности от инсульта. Около 80% больных, среди выживших, остаются инвалидами и нуждаются в восстановительном лечении. Более чем у половины больных, выживших после ОНМК, обнаруживается психическая патология. Постинсультное астено-депрессивное состояние является частым психическим расстройством после ОНМК. Астения и депрессия способствуют снижению мотивации к выздоровлению, медленному восстановлению нарушенных неврологических функций, увеличению длительности госпитализации, препятствуют успешному проведению реабилитационных мероприятий, психологической и социальной адаптации. Депрессивное состояние усиливает когнитивные нарушения, проблемы с речью, двигательными функциями. Наиболее значимой причиной возникновения депрессивного состояния после инсульта является психологический фактор. Депрессия возникает как реакция на катастрофически остро развившееся заболевание, связанную с ним беспомощность, афазию, инвалидизацию, лишение контактов с привычным окружением, потерю финансового и социального статуса. В возникновении постинсультного астено-депрессивного состояния большое значение принадлежит органической причине – поражению отделов мозга, отвечающих за эмоциональное состояние человека. Причиной астено-депрессивного состояния становится также дисбаланс серотонинового и норадреналинового обмена в очаге инфаркта в результате поражения структур серотонинергической или норадренергической систем. Сложная природа астено-депрессивного состояния в остром периоде ОНМК определяет основную задачу психотерапии – способствовать активации защитно-приспособительных систем организма, оживить эмоциональное состояние больного. Для решения этой задачи в лечении больных с острым инсультом в Региональном сосудистом центре мы применяем элементы отечественного метода клинической психотерапии – Терапия Творческим Самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ). Целебный механизм ТТСБ заключается в переживании пациентом возвышающего эмоционального стресса, биологической основой которого служит выход в кровь энкефалинов, эндорфинов, нейрогормонов и др. с дальнейшей активацией защитно-приспособительных систем организма. Занятия ТТСБ проводим в групповой форме или индивидуально у постели больного. За время пребывания в отделении больные посещают 5-7 занятий. Продолжительность занятий колеблется от 20 до 40 минут в зависимости от состояния больных. На первой встрече посилено объясняем боль-

ным смысл занятий. Доступно рассказываем об инсульте, влиянии отрицательных эмоций на сосудистый тонус. Разъясняем сущность целебного эмоционального стресса. Переживание светлой встречи с «самим собой», оживляющей собственную индивидуальность, происходит в сравнении нескольких картин, минералов, музыкальных произведений. Предлагаем пациентам сравнить-выбрать близкое, созвучное себе в паре репродукций портретов или пейзажей. В процессе сравнения-выбора происходит оживление собственной индивидуальности. Выбирая созвучное себе, больной человек переживает чувство душевного просветления. В процессе целебных занятий происходит смягчение тревожности, напряженности, неопределенности, внутренней разлаженности. В результате психотерапевтического лечения с применением элементов ТТСБ, у всех пациентов было отмечено желание к активному участию в процессе выздоровления, произошло улучшение общего состояния и неврологической симптоматики. У больных формировалось оптимистическое отношение к перспективе восстановления нарушенных функций, восстановлению социальных контактов.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

**Михеева О.В., Толкачев А.С.
Саратов, Россия**

Актуальность. Метод психотерапевтической диагностики (МПД) позволяет определить нормальное состояние женщины, благоприятное для течения беременности и родов, и патологическое, сопряженное с возникновением невротических расстройств, акушерских, неонатальных осложнений, как при установленном, акушерском диагнозе, так в случае начинающихся патологических изменений в организме матери и плода не диагностируемых стандартными методами обследования.

Материалы и методы. МПД разработан на базе Перинатального центра г. Саратова с 2010г, в основу положен опыт работы с 1996г. Метод основан на субъективном восприятии человека своего состояния. Задаются 10-11 вопросов, выявляются основные и дополнительные ПК, по ним определяется состояние женщины. Основные отражают причину возникновения патологического состояния, дополнительные - тяжесть состояния, -нарушение сна, страх, тревога, мешающие

выполнять привычные действия. Проводится психокоррекция.

Результаты. В 2014-2015гг МПД проведен у 201 беременной, с осложненным течением беременности. Нарушение сна выявлялось у 73 (36,3%) женщин, страх, тревога у 85 (42,3%), состояние постоянных мыслей в голове – 143 (71,2%), отсутствие осознания ощущения беременности – 70(34,8%), состояние агрессии – 65 (32,3%), форсированных действий – 102 (50,7%), состояние нарушенного взаимодействия матери и плода – 56 (27,9%), внутренней пустоты, пустоты плода - 142 (70,6%), разделенности с отцом ребенка -116 (57,7%), монотонные шевеления плода – 15 (7,5%).ПК зачастую выявляют отклонения от нормального течения беременности, развития плода, когда традиционные методы обследования этого не подтверждают.

Обсуждение. Основные патологические состояния и основные ПК:

1. Состояние форсированных действий. Сверх желания и действия женщины, сделать что-то быстрее, чем позволяют возможности, например – быстрее родить.ПК - жалобы на тянущие или режущие боли внизу живота, в пояснице сопровождающиеся повышенным тонусом матки. Угроза невынашивания беременности, дискоординированная родовая деятельность, болезненные родовые схватки.

2. Состояние нарушенного взаимодействия матери и плода. Волевое подавление чувствительности, позволяющей ощущать плод через инстинкт (напряжение, тяжесть, боль, неприятные ощущения). ПК - ощущение начинающихся менструаций. На ранних сроках может быть признаком неразвивающейся беременности, угроза невынашивания беременности.

3. Состояние повышенной агрессии. Искусственная гармонизация, подавление отрицательных эмоций, и, или стремление командовать. ПК - жалобы на длительные, более 5 минут или часто возникающие болезненные и, или неприятные шевеления плода и в связи с проявлением злости. Последствия: ФПН «А» степени, гипоксия плода, антенатальная гибель плода.

4. Состояние внутренней пустоты: пустоты души, пустоты плода. Теряется ощущение ребенка, когда он не шевелится, вместо этого ощущение пустоты, как будто ничего нет, легкость, разреженность. Связано с нарушением формирования плода. В зависимости от преморбитных особенностей личности и сочетания ПК встречается при многих осложнениях течения беременности, родов, послеродового периода. Как например, угроза невынашивания беременности, цен-

тральное предлежание плаценты, эклампсия, задержка внутриутробного развития, ВПР плода. Ощущение пустоты плода всегда является нарушением, даже при отсутствии установленного акушерского диагноза. Если ПК ощущенияпустоты сохраняется и после родов, то возникают акушерские и неонатальные осложнения.

5. Состояние отсутствия осознания ощущения беременности, родов. Пропадает ощущение беременности, родов. Иррациональные установки, направленные на вытеснение из своего сознания, всего того, что связано с тревогой, болью, не восприятие факта наступления родов. На ранних сроках может быть признаком неразвивающейся беременности. При сохранении критерия приводит к акушерским и неонатальным осложнениям в родах.

6. Состояние постоянных мыслей в голове, ментального напряжения, программирования жизни. Критерий: постоянные мысли. Не возникает ощущения пустоты, отсутствия мыслей в голове. Может являться причиной возникновения пустоты в животе.

7. Состояние разделенности с отцом ребенка. Вопрос: при ощущении ребенка кто-то из близких родственников спонтанно вспоминается? Или только вы и ребенок? В норме, при ощущении ребенка, спонтанно вспоминается отец, семья. Приводит к нарушению формирования плода, и его пустоты.

8. Сочетание состояний форсированных действий и пустоты плода опасно возникновением гипотонических кровотечений в случае родоразрешения. Заранее подтвердить это стандартными методами обследования невозможно.

Заключение. Метод позволяет проводить диагностику в экстренных случаях и выявлять акушерские и неонатальные осложнения на ранних стадиях развития, что позволяет эффективно проводить психокоррекцию. Оценкой эффективности служит исчезновение психотерапевтических критериев. Следует отметить, что при наличии критериев медикаментозные способы лечения малоэффективны.

ОБ ОЩУЩЕНИИ ШЕВЕЛЕНИЯ В ЖИВОТЕ И ПУСТОТЕ ПОСЛЕ РОДОВ

**Михеева О.В., Архангельский С.М., Толкачев А.С.
Саратов, Россия**

Актуальность - ощущение шевеления ребенка в животе после родов является частым явлением распространенной темой на фору-

мах в интернете [Сайт Материнство//Материнство/Ощущения, будто кто-то-шевелится в животе / Режим доступа: <http://forum.materinstvo.ru/lofiversion/index.php/t789358.html>]. При наблюдении за данными случаями просматривается причинно-следственная связь между психотерапевтическими критериями ощущения шевеления в животе, внутренней пустоты после родов акушерскими, неонатальными осложнениями. Цель - изучение корреляций между патологическими послеродовыми ощущениями акушерскими, неонатальными осложнениями.

Материалы и методы. Этой темой мы занимаемся с 2003г. Выявление психотерапевтических критериев основано на субъективном восприятии женщины своего состояния и положено в основу психотерапевтической диагностики незавершенности родов. В 2014-2015 гг. обследованы 187 женщин в 1-4 сутки после родов. Осложненное течение послеродового, неонатального периодов у 184 (98,4%), в этой группе ощущение шевеления выявлялось у 34 (18,5%), пустоты у 87 (47,3%), сочетание критериев у 60 (32,6%) родильниц, у 3 (1,6%) пациенток отсутствовали критерии, отмечались выраженные болевые ощущения, тревога. У 3 (1,6%) родильниц при диагностике ощущения пустоты, осложнения в первые 4 суток после родов не наблюдались.

Результаты. У 34 родильниц с ощущением шевеления в животе после родов неонатальные осложнения в 31 (91,2%) случае, 20 (64,5%) новорожденных находились на ИВЛ, акушерские у 3 (8,8%). При ощущении пустоты неонатальные осложнения у 70 родильниц (77,8%), где 48 (68,6%) новорожденных на ИВЛ, акушерские осложнения у 10 (11,1%) родильниц, акушерские и неонатальные 7 (7,8%), у 3 (3,3%) родильниц осложнений нет. При выявлении 2 критериев, пустоты и шевеления, неонатальные осложнения в 48 (80%) случаях, 30 (62,5%) новорожденных на ИВЛ, у 6 (10%) родильниц акушерские осложнения, акушерские и неонатальные так же в 10%.

Обсуждение. Ощущение шевеления после родов является критерием незавершенности процессарождения: женщина ощущает себя беременной, в родах, чувствует ребенка в животе, его шевеления, и новорожденный через мать не чувствует окончательного своего рождения, ощущает себя внутри матери. Эти ощущения - проявление инстинкта, как подсказка незавершенности родов. Ребенок окончательно не родился, а продолжает на «психическом уровне» жить в матери. Возникает состояние, при котором женщина родила, а осознать

этого не может. Знает, что родила, но не чувствует этого. Появляется тревога, страх, в том числе за ребенка, диссомнические расстройства. Одна из причин - несогласие с датой рождения, и/или с тем как произошли роды. Ощущение внутренней пустоты: пустоты души, ощущения легкости, разреженности, пустоты в животе, в области таза - так же свидетельствует о незавершенности родов. На сегодняшний момент выделяем 3 основные причины возникновения внутренней пустоты, где требуется оказание квалифицированной психотерапевтической помощи. Состояние незавершенности, особенно если оно сохраняется более суток, как правило, приводит к акушерским, неонатальным осложнениям полиморфного характера: усиливаются признаки гестоза, обостряется экстрагенитальная патология, формируется субинволюция матки, лохиометра, ухудшается заживление тканей, появляются гематомы, новорожденные нуждаются в лечении, интенсивной терапии и реанимации, находятся на ИВЛ. Медикаментозные методы лечения осложнений при сохранении признаков незавершенности мало эффективны. В случае выявления критерия «ощущения шевеления» необходимо принятие женщиной факта рождения, несмотря на то, раньше или позже времени родился ребенок, и как это произошло. Непосредственный контакт матери и ребенка, кормление, ухаживание, избавление от иллюзий, что ребенок родился рано, помогает принять факт рождения и завершиться процессу. Выраженная боль маскирует критерии.

Заключение. В зависимости от критерия проводится соответствующая психокоррекция, эффективность которой определяется исчезновением данного критерия, появлением ощущения наполненности, теплоты в объеме живота, таза и ощущением завершенности родов. При этом отмечается отчетливая положительная динамика в лечении послеродовых акушерских и неонатальных осложнений. Отсутствие психотерапевтических критериев в дальнейшем является залогом благополучного развития ребенка, даже в случаях тяжелых неонатальных осложнений в процессе беременности и родов.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ

Нарбаева Н.Х.

Ташкент, Узбекистан

Введение: Актуальность проблемы депрессивных расстройств в послеродовом периоде определяется трудностью диагностики этих

состояний, недостаточной изученностью этиологических и патогенетических механизмов, влиянием роли биологических и психосоциальных факторов в их формировании (Филиппова Н.В., 2015.). По данным ряда авторов, только 27% женщин с послеродовой депрессией были проконсультированы психиатром; остальные длительное время наблюдались терапевтами, гинекологами, психотерапевтами, невропатологами, что объясняется стигматизацией и предвзятым отношением к психиатрии (Смулевич А.Б., 2016).

Цель исследования: изучить клинические проявления послеродовых депрессий у женщин с учётом личностных особенностей для оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: были обследованы 30 женщин с депрессивными расстройствами послеродового генеза, находившихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической Больницы г.Ташкента. Критерием отбора пациенток для исследования было наличие верифицированного диагноза по МКБ-10 F-53,0. Все обследованные до родов не состояли на учёте у психиатров и невропатологов, беременность у них протекала без патологии и осложнений, роды были физиологическими. Из экспериментальных методов для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки тревоги и депрессии Гамильтона (HARS, HADS); а для определения конституционально-личностных особенностей был использован тест-опросник Шмишека-Леонгарда.

Результаты: в ходе исследования с помощью шкалы оценки тревоги и депрессии Гамильтона выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 85% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 80% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 100% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 5% обследуемых субклинически выраженная тревога и у 40% пациенток – констатировалась выраженная тревога. Все пациентки предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали бессилие и отсутствие желания что-либо делать. Депрессивная симптоматика проявлялась классическими симптомами в виде гипотимии, замедления мыслительной деятельности и заторможенности двигательной сферы. На высоте депрессивного аффекта у 8% обследуемых возникали идеи

самоуничтожения, отмечалась тенденция к появлению суицидальных мыслей и планов, связанных со страхами за будущее ребёнка, невозможности ухаживать за ним, беспокойство за его здоровье. В формировании депрессивной патологии были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности, болезненное переживание за неспособность вести домашнее хозяйство и принять активное участие в воспитании своего младенца. При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда были выявлены: демонстративный тип личности у 3 больных (10%), застревающий тип личности у 8 больных (26.7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (16.7%), в 6.6% случаев был выявлен эмотивный тип личности женщин с депрессивной патологией. В исследуемых группах была проведена сравнительная оценка динамики тяжести депрессии и конституционально-типологических особенностей личности первородящих женщин. Преморбидные особенности личности первородящих женщин оказывали определенное влияние на степень тяжести депрессии и уровень тревоги, динамику и длительность заболевания.

Вывод: таким образом, установлено, что наиболее часто послеродовая депрессия тяжёлой степени невротического уровня встречалась у лиц с дистимическим типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у лиц с застревающими и тревожно-боязливыми типами личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным и эмотивным типом личности. В зависимости от полученных результатов появляется возможность ранней психопрофилактики осложнений послеродового периода, проведения эффективного курса лечения и выбора метода психотерапевтического воздействия при купировании депрессивных расстройств послеродового периода с учётом личностных особенностей женщин.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ: РЕАЛЬНОСТЬ И СКРЫТЫЕ ПРОБЛЕМЫ

**Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.
Самара, Россия**

Проблема терапии психических расстройств в первой половине

XX в. представляла значительные трудности, и поэтому появление психофармакотерапии было оценено как революция в психиатрии. Всем известны достижения мировой и отечественной психиатрии в эру психофармакологии (биологической терапии). Необходимо подчеркнуть, что в 70-80-е гг. прошлого столетия ВОЗ пришла к выводу, что терапевтические успехи современной психиатрии равны по эффективности современной терапии. К концу XX века было создано значительное количество различных групп психотропных препаратов: классические и атипичные нейролептики (антипсихотики), антидепрессанты, транквилизаторы и др., которые позволили выработать стандарты лечения психических заболеваний. Но с каждым последующим десятилетием XX века становилось всё яснее, что начальный восторг и ожидания переворота в лечении психических расстройств себя не вполне оправдывают, а бездумное применение врачами-интернистами психотропных препаратов приносит выгоду фармфирмам, а не пациентам. В XXI веке сомнения стали появляться и у фармфирм, особенно учитывая затраты на создание принципиально «новых» препаратов. Сомнения в доминировании нейрофармакологической парадигмы начали появляться и у клинических психиатров, так как она перевела лечащего врача из психиатра в терапевта, выписывающего «таблетки». Заговорили о кризисе психофармакологии (Козловский В.А., 2011).

Второй метод лечения психических расстройств – психотерапия, которая до 90-х годов XX века была преимущественно суггестивной. Последующее «цунами» психотерапевтических направлений, методик, техник тоже вызвало псевдореволюцию в практической психиатрии и психологии (создание отдельных ассоциаций по «империям» психоанализа, бихевиоризма, когнитивизма; мастер-классы, супервизии), отдаляющую психиатров и психотерапевтов друг от друга, а психологов склоняющую к лечению пациентов. В результате даже возник конфронтационный принцип – «или биологическая терапия, или психотерапия», не преодоленный полностью до сих пор. А если к этому добавить практически полное отсутствие общей теории психотерапии и разрозненную психотерапевтическую практику в сочетании с правовым нигилизмом деятельности врачей-психотерапевтов, не знающих медицинское право, и психологов, проводящих лечение, то становится ясно, что нарастает критическая ситуация.

О кризисе в психиатрии в начале XXI века заговорил Н.Г.Незнамов с соавт. (2013) преимущественно с позиций биологической

и клинической психиатрии и указывающий среди причин кризиса «психологизацию» и стигматизацию психиатрии. А если учесть, что в последние годы «территория» психиатрии стала размываться (например, «захват» неврологами когнитивных расстройств вплоть до синдрома деменции, а психологами – пограничной психиатрии), то, соответственно, возникает «растворение» психиатрии среди нейронаук и сведение ее только к тяжелым психическим расстройствам (психозам). На это же указывает и стремление превратить наркологию в аддиктологию (Менделевич В.Д., 2001-2016), психиатрию - в науку о поведении (Менделевич В.Д., 2017). С «модой» на нейронауки в психиатрии даже стали выделять «нейропсихиатрию» (возникает естественный вопрос: а что, остальная психиатрия не имеет отношения к мозгу?). В основе данных рассуждений лежит философия постмодерна в противопоставление прагматизму и реализму.

На наш взгляд, отечественная психиатрия переживает кризис «саморефлексии», «самоидентичности» и «самооценки» науки о патологии психики (психической деятельности, «внутреннего мира», личности, включая ее поведение), т.е. предмет науки – патология психики (болезнь, расстройство, дезадаптация, декомпенсация) четко определен.

Ведущей моделью, с которой согласно большинство отечественных психиатров, является биопсихосоциальная (мы добавляем «духовная» или информационная) (Носачев Г.Н., 2009-2016), которая должна опираться на философскую антропологию, философскую методологию и философию науки, методологию социологии и психологии. Биологическая и клиническая психиатрия в наши дни, интимно связанная с психофармакологией, естественно тяготеет к телесным (мозговым) законам, гипотезам и техникам медицины и подчиняется им. Психотерапия и социальная психиатрия, по существу, являются аксиологическими (ценностными) метанауками (дисциплинами, разделами), тяготеющими к прикладной и практической психологии и социологии, связанным с личностью, поведением, психическими расстройствами в микро- и макросоциуме.

Психиатрия и наркология – две наиболее яркие междисциплинарные науки в медицине и не только между естественно-научными, но, как и многие медицинские науки, между естественнонаучными и гуманитарными дисциплинами, в первую очередь, психологией и социологией. Именно эта междисциплинарность создает трудности в попытках осмыслить имеющиеся теоретические знания с позиций

теории познания и текущих (или модных) философских направлений, включая постмодернизм.

Разобщенность (схизис) единства психиатрии вольно или невольно создает кризис вне нас и внутри нас, выход из которого - в институциональном и философском дискурсе профессионального сообщества.

Хотелось бы завершить высказыванием прагматика Р. Рорти: «Я просто хочу предложить, чтобы сохраняли прагматическую терпимость на всем протяжении нашего пути, чтобы каждая из сторон видела в другой стороне честных, пусть и заблуждающихся коллег, которые делают все от них зависящее, чтобы найти ответ в темное время».

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ: ОБЩЕЕ И РАЗЛИЧНОЕ

Носачев Г.Н.

Самара, Россия

Психологическое консультирование продолжает оставаться «золушкой» практической психологии, тем более в медицине (клинической психологии), хотя специальность в психологии существует, а практика представлена во всех справочниках и учебниках психологии. Кризис психологии, который имел место на протяжении всего XX века, перекочевал и в XXI век. По мнению А.В. Юревича (2001-2016), он обусловлен рядом симптомов, среди которых отсутствие единой теории, разделяемой всеми психологическими направлениями, отсутствие универсальных критериев добываемых материалов и их эффективности (воспроизводимости), «параллелизмы» (психофизические, психофизиологические, психосоциальные и др.).

Вопросами психологии в России занимался В.М. Бехтерев, а в Западной Европе - Э. Кречмер, сформировавший новое направление медицины и психологии – медицинскую психологию. Если медицинская (клиническая) психология не отрывалась в своем развитии от психиатрии (преимущественно неврологии) и психотерапии (преимущественно динамической) как практики, то А. Адлер, как психолог, перевел эти принципы и практические подходы в школы, что привело к формированию консультативных центров и рождению консультативной практики.

К настоящему времени в практической деятельности психолога

сложился континуум «психотерапия – психокоррекция – консультирование» (можно и в обратной последовательности).

М.А. Гулина (2001), пытаясь определить цель и задачи консультирования, выделяя терапевтическую и консультативную практику, приходит к выводу о «концепции индивидуального развития личности» (модели), свободной от «нормальности – ненормальности». При этом автор избегает теоретико-методологического и практического различия указанного континуума. И сводит его к использованию одного метода – психотерапевтического. Не видят различий в этом континууме и авторы учебников последних лет (Колесник Н.Т., Орлова Е.А., 2016; Менделевич В.Д., 2016).

Нет необходимости доказывать универсальность консультирования в медицине, а, соответственно, и в психологии, а также необходимость его присутствия и в философии, и в педагогике, и в социологии. Перефразируя Г. Эббингауза, можно сказать: «Консультирование имеет длинное прошлое, консультативная психология только короткую историю, но большое будущее».

Попробуем наметить пути разграничения методов практики и науки, использующих в нашем контексте психотерапевтический метод (медицинскую и психологические модели, не затрагивая социальную и философскую). До сих пор продолжают дискуссии о том, что есть психотерапия: искусство, ремесло, бизнес, наука, духовная практика.

Предметом психотерапевтического метода является психическая жизнь (деятельность, поведение, проблемы, личность) человека как в медицине (в частности в психиатрии), так и в психологии. Оставив в стороне разные подходы в направлениях психологии (психоанализ, бихевиоризм, когнитивизм), попробуем найти общее и различное в континууме психологической практики. В.А. Канке (2014) пишет: «Психология – это наука об оптимизации тех концептов, которые входят в состав и не повторяются ни в одной другой науке».

Психотерапия – самостоятельная аксиологическая метанаука, лично-ориентированная на физическое и психическое здоровье человека, где ценностью выступает физическое и психическое здоровье человека (индивида, субъекта, личности), целью которой является восстановление, поддержание, сохранение и другие факторы (параметры), относящиеся к диаде «здоровье – болезнь». Все остальные параметры, упоминаемые в различных определениях клинической психотерапии, являются конкретными целями, задачами, вытекающими из базовой ценности – здоровья человека. В реабилитаци-

онном процессе (на этапе реадaptации и собственно реабилитации) естественно присоединение клинического психолога (ко-психотерапевта) с психокоррекцией проблем пациента-клиента, что в медицинской психотерапии предусмотрено медицинским правом и приказами Министерства здравоохранения РФ о психотерапевтическом кабинете (отделении).

Психокоррекция – самостоятельная аксиологическая (ценностная) метанаука личностно-ориентированная на всестороннее развитие, обучение, совладание, профессиональное и гармоничное формирование гражданина (индивида, субъекта, личности, универсума) в параметрах диад: «норма – патология», «адаптация – дезадаптация», «компенсация – декомпенсация». Организационно-правовые вопросы в психологии пока не выстроены.

Если все-таки выстраивать разграничения психологического консультирования, тогда это не метанаука, а предварительная самостоятельная практика, осуществляемая в системах «врач-пациент», «клиент-психолог», «коллега-коллега». Цель психологического консультирования - выслушать проблемы (медицинские и/или психологические) человека, при необходимости выстроить интервью, обозначить суть проблемы, согласовав с обратившимся, показать пути решения и убедиться в их осознания человеком. По нашему мнению, психологическое консультирование на данном этапе взаимодействия в системе «человек-человек» как с организационно-правовая структура не разработана и не регламентируется, хотя примером может служить юридическое консультирование. Медицинская психотерапия, где психотерапевт является лечащим врачом, регламентируется медицинским правом и включает этику ответственности. Психокоррекция и консультирование сопровождаются выраженным правовым нигилизмом и анархизмом, даже к существующим законам РФ. Выход - в междисциплинарных дискурсах.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСМОРФОФОБИЕЙ-ДИСМОРФОМАНИЕЙ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ И НЕРВНОЙ БУЛИМИИ

**Оконишникова Е.В., Брюхин А.Е., Линева Т.Ю.
Москва, Россия**

Нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ) встречаются

преимущественно у лиц женского пола, с началом заболевания в детском и подростковом возрасте и занимают одно из первых мест по угрозе летального исхода среди психической патологии. Заболевания имеют тенденцию к затяжному и хроническому течению, инвалидизации с социальной дезадаптацией и высокий суицидальный риск. Распространенность НА оценивается между 0,4 и 1% [Bruce В. с соавт., 1995], а НБ между 0,9 и 4% [Westenhofer J. с соавт., 1991, Bruce В. с соавт., 1995]. Психопатологической основой этих заболеваний, чаще всего, является синдром дисморфофобии-дисморфомании [Коркина МВ., 1984], который характеризуется навязчивыми, сверхценными или бредовыми идеями физического недостатка, идеями отношения и депрессией. Этот синдром сопровождается упорным стремлением к коррекции мнимого или действительно имеющегося, но преувеличенного физического недостатка, путем активного ограничения в еде, интенсивных тренировок и различных очистительных мероприятий.

Склонность больных к диссимуляции препятствует адекватной врачебной оценке их состояния, приводит к различным дифференциально-диагностическим ошибкам, длительному и безуспешному лечению у врачей различных специальностей. Очевидно, что значимая роль дисморфофобии-дисморфомании в этиопатогенезе, клинике, динамике и прогнозе НА и НБ обуславливает актуальность детального изучения стойкого недовольства своей внешностью у пациенток с данной патологией с использованием психометрических методик.

В исследовании, проводившемся на кафедре психиатрии и медицинской психологии РУДН, включались пациентки женского пола с НА и НБ, самостоятельно обратившихся на кафедру и давшие информированное согласие. Целью исследования являлась оценка степени общей удовлетворенности/неудовлетворенности собственным телом и отдельными его частями, в том числе теми, которые чаще всего вызывают недовольство (живот, бедра, ягодицы) у пациенток с НА и НБ. Применялся психометрический метод с использованием валидизированного Опросника образа собственного тела [ООСТ Скугаревский О.А], модифицированный, с учетом индекса массы тела (ИМТ) и тяжести соматического состояния, и Шкалы удовлетворенности собственным телом [ШУСТ Скугаревский О.А].

Выборку составили 30 пациенток с НА и НБ в возрасте 16-30 лет (средний возраст 21 +3,84). Длительность заболевания от 6 месяцев до 12 лет. По данным ООСТ 43,4% пациенток попадают в катего-

рию выраженная неудовлетворённость своей внешностью, 23,3% в умеренную и 33,3% в категорию легкая, которая также не считается нормативной. По данным ШУСТ, характеристиками относящимися к голове (глаза, нос, уши) не довольны 43% пациенток, относящимися к туловищу (живот, грудь, спина) 53,3%, к нижней части тела (ягодицы, таз, бедро) 56,6% опрошенных. Количество недовольных всеми перечисленными частями тела равно 40% (n 12), что говорит о наличии полидисморфофобии-дисморфомании.

Таким образом, полученные высокие показатели недовольства своей внешностью, которые согласуются с данными клинико-психопатологического обследования (высокий уровень тревоги и депрессии) и соматическим состоянием пациенток (низкий ИМТ, вплоть до кахексии) и, безусловно, влияющие на динамику заболевания и успех терапии НА и НБ нуждаются в дальнейшем подробном изучении.

ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В 2016 Г.

**Паращенко А.Ф., Бойко Е.А., Ивлиева И.А.
Саратов, Россия**

В структуре объединенной психиатрической и наркологической службы функционируют 9 медицинских организаций областного подчинения, выполняющие межрайонные функции по оказанию психиатрической, наркологической и психотерапевтической помощи. За каждым лечебным учреждением закреплена своя зона обслуживания (города и районы области).

Всего в Саратовской области развёрнуто 2910 коек (11,7 на 10 тысяч населения), из них 2440 психиатрических и 470 наркологических, в том числе 30 коек медицинской реабилитации. Обеспеченность наркологическими койками составляет 1,8 на 10 тыс. населения (по РФ – 1,5); обеспеченность психиатрическими койками составляет 9,8 на 10 тыс. населения (по РФ – 9,8). Во всех районах области создана сеть из 53 амбулаторных кабинетов для взрослого и детского населения, 3 кабинетов медико-социальной помощи на базе психоневрологических учреждений области для организации помощи лицам с наркологическими проблемами и членам их семей, что позволяет обеспечить доступность оказания специализированной наркологической помощи.

Кадровое обеспечение службы 2016 г. Психиатрическую по-

мощь жителям области осуществляют 200 врачей-психиатров. Обеспеченность врачами психиатрами составляет 0,88 на 10 тыс. населения (по РФ – 1,2 на 10 тыс. населения). Наркологическую помощь населению оказывают 76 психиатров-наркологов. Обеспеченность населения наркологами составляет 0,30 на 10 тыс. населения, (по РФ – 0,36). Подготовка врачей психиатров и психиатров-наркологов проводится в Саратовском государственном медицинском университете.

Внастоящий момент в области работает 9 судебно-психиатрических экспертов, подготовка которых проводилась на базе ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского.

Состояние психического здоровья населения области. В 2016 году в Саратовской области зарегистрировано 69090 человек (2777,5 на 100 тысяч населения), страдающих психическими заболеваниями. Данный показатель в течение пяти лет остается, практически, на одном уровне. По РФ и ПФО эти показатели составили 2858,6 и 2945,0 на 100 тысяч населения соответственно. По итогам 2016 года впервые в жизни было зарегистрировано 8810 человек с психическими заболеваниями (354,2 на 100 тысяч населения), что на 2,2% меньше, чем в 2012 году - 9087 человек или 362,2 на 100 тысяч населения. На конец 2016 года на диспансерном учёте в Саратовской области состоит 38707 человек или 1556,0 на 100 тысяч населения, что на 3,6% меньше, чем в 2012 году.

Наркологическая ситуация. Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами в 2016 году снизился относительно уровня 2012г. на 41,0% и составил 13,9 на 100 тысяч населения, (в 2012 году – 23,6 на 100 тысяч населения). На диспансерный учёт в 2016 году было взято 346 человек. Данный показатель по РФ составил 20,5 на 100т.н. Заболеваемость хроническим алкоголизмом составила 58,0 на 100 тысяч населения (на диспансерный учёт было взято 1442 человек), что ниже уровня 2012г. на 27,6%. (2012 году - 80,2 на 100 тысяч населения). На диспансерном учете с диагнозом «алкоголизм» на конец 2016 года состоит 29322 человек или 1178,8 на 100 тысяч населения, что на 9,0% меньше, чем в 2012 году (32546 человек или 1297,0 на 100 тысяч населения).По РФ составил 1129,8 на 100т.н.Заболеваемость наркоманией в 2016 году по сравнению с показателями 2012 года снизилась на 38,8% и составила 5,5 на 100 тысяч населения (в 2012 году – 9,0 на 100 тысяч населения). По РФ составил 14,1 на 100т.н.В 2016 году на диспансерный учёт было взято 136 человек (в 2012 году – 226 человек). Число состоящих на

диспансерном учёте больных наркоманией снизилось относительно уровня 2012г. на 20,4% (с 145,0 на 100 тысяч населения в 2012 году до 115,4 на 100 тысяч населения в 2016 году). По РФ составил 213,2 на 100т.н. По итогам 2016 года на диспансерном учёте состоит 2870 человекбольных наркоманией.

Общество психиатров Саратовской области. С целью совершенствования и повышения качества психиатрической, наркологической и медико-психологической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, защиты их прав и законных интересов, повышения профессионального уровня специалистов, работающих в области психиатрии и наркологии, а также внедрения в практическое здравоохранение психиатрической науки, в области создано «Общество психиатров Саратовской области».

Основной проблемой остаётся то, что практически, все лечебные учреждения, оказывающие психиатрическую и наркологическую помощь жителям Саратовской области, имеют недостаточную материально-техническую базу, многие здания требуют капитального ремонта, так как были построены ещё в позапрошлом веке и находятся в ветхом состоянии, некоторые учреждения расположены в приспособленных зданиях и малопригодны для оказания необходимой помощи.

В 2017г. перед службой стоят следующие задачи:

- усовершенствование и дальнейшее развитие судебно-психиатрической службы,
- укрепление материально-технической базы психиатрических учреждений области, улучшение условий содержания больных в стационарах.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИТАМИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

**Плято Э.И., Давыдова Ю.Ю., Ефремова С.В., Луценко В.М.
Саратов, Россия**

Проблема алкогольной полинейропатии в последние годы является крайне актуальной, так как затрагивает работоспособный возраст людей. Отмечается постоянный рост данной категории пациентов, чему способствует токсическое воздействие алкоголя на организм человека. Внешними факторами, которые утяжеляют формирование

и течение заболевания являются снижение активности иммунной системы, дефицит потребления пищи богатой витаминами группы «В», образ жизни людей страдающих алкогольной зависимостью.

Злоупотребление алкоголем способствует «вымыванию» витаминов группы «В» из организма человека, что приводит к дегенеративным изменениям в периферической нервной системе с возникновением заболевания алкогольной полинейропатии.

В результате формирования болезни появляются нарушения в двигательной, чувствительной сфере, а также отмечаются вегетативные и рефлекторные расстройства. Токсическое влияние алкоголя на периферическую нервную систему приводит к аксональной дегенерации. Дефицит тиамина способствует процессам сегментарной демиелинизации.

Нарушение процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) также приводит к полинейропатии, поскольку их избыточное образование может провоцировать нейроваскулярные дефекты, деструкцию клеток, в том числе эндотелиальных.

По статистике алкогольное поражение периферического отдела нервной система возникает в пять раз чаще, чем центрального. Это наиболее частое осложнение вызываемое алкогольной зависимостью.

Нами был проведен анализ 20 случаев заболевания алкогольной зависимостью, осложненной полинейропатией. Возраст выбранных больных составил от 33 до 56 лет, у всех пациентов стаж злоупотребления алкоголем составлял более 5 лет, сопровождался запойной формой пьянства, сформированной психической и физической зависимостью.

При анализе биохимических показателей крови на ферменты было установлено превышение нормы у 18 пациентов, у 2 показатели составляли верхнюю границу, что свидетельствовало о серьезных нарушениях в функционировании организма.

В ходе осмотра пациентов неврологом были выявлены одинаковые жалобы на чувство онемения и слабость в конечностях, парестезии кистей и стоп, по типу «перчаток» и «носков», снижение сухожильных рефлексов. У большинства больных отмечалось затруднение начала движения, короткий перемежающийся шаг, наблюдалась атрофия мышц голени.

В остром периоде при поступлении больных в стационар основным методом лечения абстинентного синдрома являлась детоксика-

ция с применением витаминотерапии препаратами группы «В». В восстановительном периоде, при условии полного отказа от приема алкоголя, пациенты принимали препарат «Мильгамма». Выбор препарата был сделан неслучайно. Он практически не имеет противопоказаний к назначению, вводится безболезненно благодаря наличию в составе лидокаина гидрохлорида. В «Мильгамме» имеется сбалансированный комплекс витаминов «В1», «В6», «В12», что увеличивает терапевтическую эффективность при лечении неврологической патологии, которой, в данном случае, является алкогольная полинейропатия. Выведение препарата с мочой происходит через 2-5 часов, после его абсорбции.

Пациенты получали препарат один раз в день в суточной дозировке в течение месяца совместно с физиотерапией (электрофорез с атропином по ходу нервов). В результате проводимой комплексной терапии больные отмечали значительное улучшение чувствительности и двигательной активности пораженных конечностей, уменьшение неприятных и болевых ощущений, что подтверждалось врачом неврологом при повторном осмотре.

Использование препарата «Мильгамма» оказывает благоприятное воздействие на дегенеративные заболевания нервов и двигательного аппарата при алкогольной полинейропатии.

КОМПЛАЕНС В АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ И ВАРИАНТЫ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ

**Солнцева П.И., Карелина И.Л., Мухина С.В., Бочкова Е.А.
Саратов, Россия**

Большая часть рецидивов психотической симптоматики у пациентов с шизофренией связаны с недостаточной приверженностью антипсихотической терапии на амбулаторном этапе лечения. Результатом снижения комплаенса является учащение регоспитализаций, социально опасное и аутоагрессивное поведение, нарастание социальной дезадаптации и дефекта личности.

Целью данного исследования являлось выявление основных факторов, снижающих комплаенс у амбулаторных пациентов, страдающих шизофренией.

Методы: Исследование проводилось на базе мужского общепсихиатрического отделения №4 ГУЗ ОКПБ. В течение года было обследовано 65 пациентов с установленным диагнозом шизофрении F20,

согласно критериям МКБ-10. Средняя продолжительность заболевания составила 8,1 года.

Используемыми в исследовании средствами являлись стационарные медицинские карты пациентов, шкала медикаментозного комплаенса Мориски-Грина, опросник для оценки социального функционирования и качества жизни, а также структурированное интервью с пациентами.

Результаты: В ходе проведённого исследования было установлено, что после выписки из стационара 47,7% (31 человек) продолжают назначенную поддерживающую терапию или согласовывают её коррекцию с лечащим врачом, 29,2% (19 человек) самостоятельно изменяют поддерживающую терапию при помощи корректировки дозы или отмены какого-либо из назначенных препаратов, 23,1% опрошенных (15 человек) после выписки из стационара прекращают любую поддерживающую терапию.

Среди основных причин самостоятельной коррекции или отказа от терапии отмечаются следующие:

- Отсутствие у пациента достаточного уровня критики к своему текущему состоянию (продемонстрировали 27 человек – 79,4% опрошенных)

- Недостаточность знаний о роли поддерживающей терапии в лечении заболевания (22 человека – 64,7%)

- Отсутствие доверительных отношений с врачом на амбулаторном этапе для возможной коррекции и подбора дозы в условиях медицинского учреждения (отметили 22 человека – 64,7%)

- Негативные побочные эффекты от терапии, такие как: сонливость, общая слабость, мышечная скованность, набор веса, нарушение сексуальной функции (16 пациентов – 47%)

- Психический дискомфорт от необходимости постоянного приема лекарственных препаратов (отметили 14 человек – 41,2% респондентов)

- Высокие цены на психотропные препараты (11 человек – 32,4% опрошенных)

- Отсутствие субъективного ощущения улучшения самочувствия от рекомендованной терапии (отметили 8 человек – 23,5%). При этом один пациент из этой группы считал критерием неэффективности лечения отсутствие ощутимых побочных эффектов от препарата.

- Часть пациентов сочла, что соматический вред, наносимый антипсихотиками, превалирует над потенциальной пользой для психи-

ки (3 человек – 3,3%)

Выводы: На основании полученных результатов можно сделать вывод, что для улучшения приверженности терапии пациента, страдающего шизофренией основными методами работы могут стать:

- Налаживание и укрепление отношений между врачом и пациентом путём проведения разъяснительных бесед относительно особенностей заболевания, его течения, основных направлениях действия лекарственных препаратов, необходимости приёма поддерживающей терапии для профилактики рецидивов, а также о возможных побочных эффектах от терапии.

- Разъяснительные беседы с родственниками пациентов для формирования у них установки на необходимость контроля приема поддерживающей терапии и мотивации пациента на лечение.

- Обеспечение качественной преемственности между стационарным и амбулаторным звеньями психиатрической службы.

- Использование современных антипсихотиков с минимальным количеством побочных эффектов.

- Подбор экономически выгодных аналогов препарата исходя из финансовой ситуации пациента.

- Назначение корректора для устранения нежелательных эффектов.

- Переход на пролонгированные формы препаратов и облегченный режим дозирования.

ШКОЛЬНАЯ НЕУСПЕВАЕМОСТЬ - КАК ПРИЧИНА НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В КОРРЕКЦИОННЫЕ ШКОЛЫ

Суворова Ю.В., Яраева О.Н.

Саратов, Россия

Одна из проблем с которой обращаются к специалистам ГУЗ «СГПНД» является школьная неуспеваемость. При обследовании детей в 40% случаев выявляются нарушения интеллекта различной степени выраженности. В процессе проведения медико-психологической и логопедической коррекции 20% детей дают положительную динамику, а в достаточно резистентных случаях дети направляются на ПМПК (Психолого- медико-педагогическая комиссия) для определения дальнейшего маршрута обучения.

В Саратове в каждом районе существуют школы, обучающие детей по адаптивной основной общеобразовательной программе ос-

нового общего образования для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), (ранее - коррекционная программа 8 вида), куда и направляются дети с различной степенью выраженности нарушения интеллекта. Рекомендации для обучения по коррекционной программе дает ПМПК. Контингент детей, направляемых на ПМПК достаточно разнообразен, основным показателем для направления является стойкая школьная неуспеваемость. Однако школьная неуспеваемость может быть обусловлена различными причинами; это умственная отсталость, лёгкие когнитивные нарушения, социально-педагогическая запущенность, недостаточная зрелость высших корковых функций .

Для лёгкой умственной отсталости (олигофрении)- характерно необратимое недоразвитие мозговых структур. Структура дефекта характеризуется недоразвитием познавательной деятельности, в особенности мышления, а также личности. Мышление при олигофрении имеет конкретный ситуационный характер: дети испытывают наибольшие затруднения в процессах обобщения, понимании причинно- следственных связей. Недостаточность абстрактного мышления обуславливает трудности при решении задач. Не понимая смысла, дети решают их механически, с трудом воспринимая помощь взрослого. Особенно затруднён перенос усвоенного в конкретном задании в новые аналогичные условия. Для детей характерна склонность к стереотипности в мышлении и действиях. Все мыслительные процессы тугоподвижны, однако преобладают элементы подражания и копирования.

При лёгких когнитивных нарушениях интеллект может быть сохранён, или нарушен незначительно, и при проведении лечебно- педагогических мероприятий ребёнок «выравнивается». Дети с лёгкими когнитивными нарушениями научившись чему- либо способны применить это знание в аналогичной ситуации. С помощью взрослых они выполняют предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне.

Социально-педагогическая запущенность- это состояние личности ребёнка, которое обусловлено теми социально-педагогическими условиями, в которых развивается ребёнок- «скрытое социальное сиротство». Социально- педагогическая запущенность возникает там, где не создаются условия для полноценной социализации и индивидуализации личности ребёнка. Эти дети имеют хроническую запущенность по предметам учебной программы и оказывают сопротивление

педагогическим воздействиям, у них не сформированы полезные навыки и умения, сужена сфера интересов, они подвержены влиянию асоциальных порой криминогенных подростковых групп что ведёт к деформации сознания, ценных ориентаций и социальных установок. Эти дети чаще всего и становятся учениками коррекционных школ, однако в последствии некоторые из них продолжают образование в вечерних школах, техникумах и даже ВУЗах.

Особо хочется отметить, что растёт количество детей, направляемых на ПМПК, после первого- второго года обучения, которые пошли в школу в шесть лет. Попытка снизить возрастную планку школьного образования уже имела место в нашей стране. Тогда речь шла об обучении в школе детей с шестилетнего возраста. Психологические последствия эксперимента оказались плачевными. И сейчас современная начальная школа в массе своей не в состоянии обеспечить условия обучения детям шести лет. В подавляющем большинстве школ учителя применяют традиционные методы и формы работы с шестилетками, которые рассчитаны на 7-8-летних детей. Ребёнок, в силу своего возраста, не понимает, и не принимает требований учителя, начинает бояться его, перестаёт верить в свои способности и уже не хочет учиться. Формируется отрицательное отношение к себе, как к ученику, а потом вообще к школе, да и ко всему процессу обучения. Высокий уровень школьной тревожности приводит к трудностям в обучении вплоть до направления на ПМПК.

Зачастую, дети выведенные в коррекционные школы попадают в поле зрения психиатров уже в процессе обучения по коррекционной программе. Но после проведенного лечения и соответствующей психологической коррекции становится понятно, что диагноз не соответствует клинической картине. Достаточно сложно дифференцировать больных с олигофренией от детей с лёгкими когнитивными нарушениями. Бывают ошибочные диагнозы, но в любом случае они свидетельствуют о том, что развитие ребёнка требует внимания и врачебной помощи. Диагноз может быть снят экспертной комиссией (ст.53 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»).

Среди путей преодоления школьной неуспеваемости и как следствие этого направление детей в коррекционные школы считаю, что на первом месте должен быть тесный контакт педагогов, психологов и психиатров, с целью своевременной диагностики, лечения и наблюдения детей.

СТРУКТУРА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ДРУГИХ ПАВ, СОВЕРШИВШИХ АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В СОСТОЯНИИ НАРКОТИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ ЗА 2015-2016 ГГ.

Туйзюков Г.В., Градова Т.В., Шестакова Р.М.,
Попков А.Е., Слесаренко А.С.
Саратов, Россия

Цель исследования: изучение структуры потребителей наркотических средств и других ПАВ, совершивших административные правонарушения в состоянии наркотического либо токсического опьянения за 2015-2016г. в динамике с учетом возраста и вида ПАВ, вызвавшего опьянение.

В ходе исследования проанализирован 541 акт и протокол медицинского освидетельствования на состояние наркотического опьянения. Получены следующие данные:

В 2015г. выявлено 254 лица, совершивших административные правонарушения в состоянии наркотического либо токсического опьянения, из них в возрасте до 20 лет – 16 человек (6,3%), с 20 до 29 лет – 98 человека (38,6%), с 30 до 39 лет – 108 человек (42,5%), с 40-49 лет – 28 человека (11,0%), с 50 лет и более – 4 человека (1,5%). По группам наркотических средств и других ПАВ, вызвавших опьянение: растительные каннабиноиды – 97 человек (38,2%), синтетические каннабиноиды – 7 человек (2,7%), синтетические катиноны – 64 человека (25,2%), опиаты – 5 человек (1,9%), фенилалкиламины – 49 человек (19,3%), барбитураты – 2 человека (0,8%), бензодиазепины – 2 человека (0,8%), прочие – 4 человека (1,5%), неустановленным веществом – 24 человека (9,4%).

В 2016г. выявлено 287 потребителей наркотических средств и других ПАВ, совершивших административные правонарушения в состоянии наркотического либо токсического опьянения, из них в возрасте до 20 лет – 8 человек (2,8%), с 20 до 29 лет – 132 человека (50%), с 30 до 39 лет – 106 человек (36,9%), с 40-49 лет – 33 человека (11,4%), с 50 лет и более – 8 человек (2,8%). По группам наркотических средств и других ПАВ, вызвавших опьянение: растительные каннабиноиды – 85 человек (29,6%), синтетические каннабиноиды – 15 человек (5,2%), синтетические катиноны – 142 человека (49,5%), опиаты – 29 человек (10,1%), фенилалкиламины – 2 человека (0,7%), барбитураты – 6 человек (2,1%), бензодиазепины – 1 человек (0,3%),

прочие – 2 человека (0,7%), неустановленным веществом – 6 человек (2,1%).

Результат исследования: за исследуемый период количество административных правонарушений, совершенных лицами в состоянии наркотического либо токсического опьянения выросло на 11,5%, в 2015г. основную группу составляли лица, потребляющие растительные каннабиноиды - 97 человек(38%), синтетические наркотические средства - 71 человек(30%) и фенилалкиламины– 49 человек (19,3%). В 2016г. основную группу составляли лица, потребляющие синтетические наркотические средства – 158 человек (55%), растительные каннабиноиды – 85 человек (29,6%), опиаты – 29 человек (10,1%). Административные правонарушения в состоянии наркотического или токсического опьянения в 2015-2016г. в основном совершены лицами в возрасте от 20 до 39 лет (81% и 82,9%).

Выводы: Отмечается рост административных правонарушений, совершенных лицами в состоянии наркотического или токсического опьянения.

Основная возрастная категория правонарушителей по прежнему находится в диапазоне от 20 до 39 лет.

Значительно возросло количество административных правонарушений лицами, потребляющими синтетические наркотические средства и наркотическими средствами группы опия.

СУБКЛИНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН-СПОРТСМЕНОК

**Федотенко О.А.
Москва, Россия**

Необходимость развития в нашей стране спортивной медицины, в том числе медицины спорта высших достижений, определяется возросшим интересом и задачами, предъявляемыми к спортсменам в последние годы. Несмотря на чрезвычайный интерес общества к спортивным достижениям, многие аспекты проблемы психологического благополучия и психического здоровья спортсменов до сих пор не изучены. Спортсмены относятся к профессиональным группам с повышенным риском развития пограничных психических расстройств, объясняемым двумя основными причинами: интенсивными профессиональными нагрузками и постоянным эмоциональным стрессом. С бурным развитием женского спорта возникло множество проблем,

встречающихся только у женщин, которые связаны с особенностями женского организма. В 1993 году Американская коллегия спортивных врачей ввела термин «триада спортсменок», обозначив им тревожный синдром, включающий аминорею, расстройство пищевого поведения и остеопороз. [Anderson, Arendt, Gwinn D. et al., 1993]. Крайним проявлением спортивной перегрузки и важной причиной нарушения физического и психического здоровья спортсменок является синдром перетренированности (СПТ). СПТ служит главной причиной профессиональной несостоятельности спортсменок. Считается, что это состояние развивается хотя бы один раз в течение профессиональной карьеры каждого спортсмена [Hawley C. J., 2003].

Состязательный процесс и стремление к спортивной победе приводят к развитию так называемого соревновательного стресса, как источника эмоционального напряжения, тревоги, страха и других реактивных психопатологических образований.

Целью настоящего исследования явилось выявление субклинических форм пограничных психических расстройств у женщин-спортсменок для дальнейшей разработки профилактических и реабилитационных мероприятий.

Объектом исследования послужили 30 женщин-спортсменок, относящихся к спорту высших достижений, страдающих субклиническими нарушениями психического здоровья (СКНПЗ). Исследование проводилось в 2014-2016 гг. на базе КБ №86 ФМБА России.

По социально-демографическим показателям в группе преобладали женщины от 16 до 23 лет, имеющие начальное и среднее специальное образование, проживающие в отдельной квартире, отмечающие, в целом, доброжелательные взаимоотношения в семье.

В группе преобладали фигуристки, занимающиеся спортом более 10 лет, перенесшие одну или более травмы (без выпада из тренировочного процесса), и поддерживающие ровные отношения со спортивными сослуживцами.

Ведущий метод исследования являлся клинико-психопатологический. Основными инструментами исследования послужили специально разработанные для этой цели «Скрининг-анкета», «Карта обследования», опросник SCL-90 (SymptomCheckListDerogatis, Ricrtls, Rjcr, 1976), шкала самооценки депрессии и тревоги Зунга.

Результаты исследования. К СКНПЗ были отнесены различные проявления психической дезадаптации, при которых выявляемые психические нарушения не достигают нозологического уровня, а на-

блюдаемые симптомы являются непостоянными, фрагментарными и кратковременными [Семичев С.Б., 1987, Александровский Ю.А., 1993, Семке В.Я., 1993].

Спортсменкам, страдающим СКНПЗ, была свойственна, умеренно выраженная профессиональная и социальная дезадаптация. Нарушения адаптации были обусловлены транзиторно возникающими расстройствами астенического характера, включающими в себя утомляемость, раздражительность, снижение способности концентрировать внимание, головные боли, ощущение общего дискомфорта.

Среди факторов, способствующих формированию и неблагоприятному течению СКНПЗ можно выделить: соревновательные стрессы, «синдром перетренированности», соматогении и социально-стрессовые факторы. К наиболее часто встречаемым факторам относятся: психическая травма (30,6%) и факторы соревновательно-го стресса (33,4%).

Оказание психопрофилактической и психотерапевтической помощи спортсменам с субклиническими нарушениями психического здоровья было основным направлением практической работы. По результатам катамнеза была выявлена наибольшая эффективность проводимых мер и положительная динамика у 91,2% всех больных. Следует также обратить внимание, что своевременное выявление и профилактическое лечение СКНПЗ является одним из основных способов предупреждения психических расстройств.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Шарипова Ф. К., Ахмедова Ш.У.

Ташкент, Узбекистан

Актуальность: количество больных с сахарным диабетом ежегодно увеличивается на 6-7%. По эпидемиологическим данным, приводимым И.И. Дедовым (2013 г.), к 1998 г. в мире было выявлено много новых регионов с высокой распространенностью сахарного диабета в популяции, в целом она составляла 1–2%. Сахарный диабет (СД) признан экспертами ВОЗ неинфекционной эпидемией и является серьезной медико-социальной проблемой во всем мире. Число больных СД растет, опережая самые пессимистические прогнозы. Современные исследования подтверждают, что у людей, страдающих СД, часто обнаруживается ряд психологических проблем,

которые могут влиять на течение заболевания и его лечение. У больного возникает чувство тревоги, приводящее к негативному влиянию на жизненную стратегию диабетика. Этому контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между врачом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного спектра.

Цель исследования: изучить тревожно-депрессивные расстройства у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: были обследованы 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении в НИИ Эндокринологии города Ташкента. Для выявления тревожно-депрессивных расстройств использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона и опросник тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты: в ходе исследования среднее значение по первым 17 пунктам шкалы Гамильтона при первом обследовании было 11,47 баллов. У 24 подростков (80%) количество баллов по Шкале депрессии Гамильтона было в пределах 7 – 16 что по Г.П.Пантелеевой (1998) соответствует легкой степени депрессивного расстройства, у пяти (16,6%) – в пределах 17 – 27 баллов (умеренная степень депрессивного расстройства), у одного (3,3%) – ниже 7 баллов (отсутствие признаков депрессии). Таким образом, у 96,6% обследованных подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства легкой или умеренной степени. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), отсутствие желания продолжать учебу(25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения(60%), суицидальные мысли и тенденции(15%). В обследованной группе в ходе тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86% подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие прояв-

лений тревоги средней степени выраженности (67%), у 20% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 13% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. У подростков с СД первого типа была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Высокая реактивная и личностная тревожность сопровождалась формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа.

Вывод: тревожно-депрессивные расстройства выявляются у 88% подростков с СД I типа и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя тревожно-депрессивную симптоматику и приводят к социальной дезадаптации подростков. Результаты исследования могут быть использованы в работе не только психиатров и эндокринологов, но и врачей других специальностей: педиатров, медицинских психологов, терапевтов, к которым нередко обращается этот контингент больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики и формирования гармонично развитой личности.

В ПОМОЩЬ РОДИТЕЛЯМ ПРИ ОБЩЕНИИ С ЗАИКАЮЩИМИСЯ ДЕТЬМИ

**Шеломанова И.В.
Саратов, Россия**

Родители не понимают, что устранение заикания длительный процесс. Хорошего результата можно достичь при взаимодействии логопеда и семьи. К поведению родителей и логопеда должны быть одинаковые требования работы с заикающимися детьми. Родители должны регулярно посещать логопедические занятия, особенно, когда даются новые упражнения. Положительным моментом в работе логопеда и родителей будет беседа о пройденном этапе. Далее необходимо ставить следующие задачи для преодоления заикания. Создавать условия, которые исключают речевую и эмоциональную перегрузку. Вводим речевой и общий щадящий режим.

Важным условием охранительного режима должен быть - распо-

рядок дня. Вся семья должна включиться в речевой режим. Все члены семьи должны говорить четко, неторопливо, спокойно. У детей должен быть полноценный ночной отдых. Это очень важный момент в работе с заикающимся ребенком. Перед сном не следует смотреть телевизор, бегать, играть в шумные игры. Чтобы ребенок был спокоен, лучше будет чтение сказок. Очень хорошо перед сном прогуляться и просто побеседовать. Нервная система ребенка с заиканием неустойчива, поэтому не стоит перегружать лишней информацией. Щадящий речевой режим в условиях дома не сразу удастся ввести. Семья должна быть терпелива. Вводим игры – молчанки, они увеличивают время тишины и спокойствия.

Эти игры направлены на замену речевого общения ребенка безречевым. У ребенка с заиканием должна быть правильная техника речи (артикуляция, темп речи, дыхание). Правильно выдержанные паузы – это упорядочение темпа речи. Это недолгий отдых, расслабление речевой и дыхательной мускулатуры, новый вдох произнесение следующей фразы или смыслового отрезка. Речь взрослых это расстановка и длительность пауз. Дети затрудняются в прерывании своего речевого потока и делить на смысловые паузы. Работа над смысловыми паузами – это заучивание стихов, народных сказок. Паузы можно использовать в игре (хлопки, постукивания и т.д). При воспитании длительности и плавности выдоха надуваем шары, сдуваем ватные шарики. Следим, чтобы в период речи у ребенка был легкий, длительный, спокойный выдох. При щадящем режиме всей семьей можно использовать шепотную речь, но это должно быть для ребенка ненавязчивым. В общении короткими фразами закрепляем речевой навык в течение всего дня Родители должны говорить с ребенком короткими и простыми фразами.

При преодолении страха речи можно использовать сюжетно-ролевые игры. Чтобы помочь ребенку страх речи. Даем ему роль ведущего в разных ситуациях. Это придаст смелости и уверенности в себе. Своего рода ответственность ребенка и поэтому все его команды должны отдаваться четко, громко, кратко. Родители командам подчиняются. И в конце игры, дают хорошую оценку речи ребенка. Заикание у детей усиливается в определенных ситуациях. Для этого логопед советует родителям исключить ситуации вызывающие волнения и трудности речи. В период восстановления речи постепенно переходим от игровой ситуации к реальной жизни. Проводим функциональные тренировки (поход на выставку, магазин). Здесь даем

возможность ребенку самому задавать вопросы гиду, продавцу и т.д. Так же дети любят фантазировать. Родители могут использовать это для сочинения сказок с детьми. После сочинения сказки проводим беседу, обсуждаем сюжет. Соответственно все это приводит к непроизвольной речи и закрепляет навыки правильной речи. В сказках дети могут говорить «голосами своих героев». Логопед знакомит родителей на занятиях с мышечной релаксацией. С помощью релаксации дети становятся спокойными, избавляются от напряженности. Многое в работе с детьми зависит от родителей, которые выступают в роли домашнего логопеда. Общаясь с заикающимися, они должны быть терпеливыми, изобретательными, спокойными.

ВЛИЯНИЕ Коморбидных СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ биполярного аффективного расстройства

**Шишковская Т.И., Стрельник С.Н.
Самара, Россия**

Биполярное аффективное расстройство (БАР) - хроническое деадаптирующее заболевание, характеризующееся маниакальными, депрессивными и смешанными эпизодами, которые часто сопровождаются нарушениями поведения, когнитивной сферы и сферы восприятия. Оно поражает 2 из 100 человек в популяции, манифестируя чаще всего у людей молодого и трудоспособного возраста (Мосолов С.Н., 2008). Поскольку аффективная симптоматика в большинстве случаев редуцируется в период ремиссии, качество жизни больных определяется длительностью, частотой и степенью тяжести обострений. Коморбидные соматические заболевания представляют интерес как фактор, способный влиять на течение и прогноз БАР. По данным литературы, наиболее часто при БАР встречаются мигрень, сахарный диабет 2 типа, ожирение и сердечнососудистые заболевания (Magalhaes P.V., 2012).

Целью исследования было изучить коморбидность соматических заболеваний и биполярного аффективного расстройства.

В задачи исследования входило изучить частоту встречаемости и спектр соматических заболеваний, коморбидных БАР; выявить влияние коморбидных заболеваний на течение БАР; сравнить структуру коморбидности в группах амбулаторного и стационарного лечения.

Исследование проводилось на базе Самарской психиатрической

больницы и Самарского городского психоневрологического диспансера. Основным методом исследования был клинико-психопатологический с дополнительной оценкой по шкале GAF. Материалом послужили результаты клинико-динамического изучения 11 пациентов с диагнозом «биполярное аффективное расстройство». Все пациенты были проинформированы об участии в исследовании и дали согласие на обработку своих данных. Оценивались следующие показатели: возраст начала заболевания; количество и частота госпитализаций, полярность и тяжесть аффективных эпизодов; семейный анамнез психических заболеваний; семейный и личный анамнез соматических заболеваний, количество и особенности коморбидных соматических заболеваний, оценка глобального функционирования по шкале GAF.

В ходе работы было выяснено, что коморбидные соматические заболевания встречаются у всех больных биполярным аффективным расстройством. У одного больного в среднем 4 соматических диагноза. Наиболее распространенные коморбидные состояния - гипертоническая болезнь у 72% пациентов, ЧМТ в анамнезе у 54% и хронические болевые синдромы у 45% пациентов.

Также отмечено, что в группе больных преимущественно стационарного лечения, которая характеризуется более ранним возрастом первого обращения (в среднем 27 ± 1.9 лет), худшими баллами по шкале GAF (в среднем 53.3 ± 4.4), преобладанием маниакальных эпизодов над депрессивными и преобладанием эпизодов психотического уровня, у одного больного отмечается большее количество коморбидных соматических расстройств, чем в среднем (5-6), а также для этой группы более характерны черепно-мозговая травма в анамнезе и злоупотребление алкоголем; патология мочевыводящей системы также выявляется у этих больных чаще, чем в амбулаторной группе (50% случаев), в то время как гипертоническая болезнь и хронические болевые синдромы встречаются в обеих группах с одинаковой частотой (72% и 42% соответственно). Также в случае двух пациентов с хроническими инфекциями (туберкулез и сифилис) отмечено, что с момента возникновения инфекционного заболевания изменилась полярность аффекта, стали преобладать смешанные аффективные эпизоды.

Группа амбулаторного лечения отличалась преобладанием депрессивных эпизодов непсихотического уровня, а также в целом большей критикой к своему состоянию и социальной активностью

(большими баллами по шкале GAF). Пациенты этой группы характеризовались более поздним возрастом первого обращения (в среднем 44 ± 4.8 года) и в целом были на момент исследования более пожилыми (средний возраст 71 ± 4.2 лет, в стационарной группе - 47 ± 12 лет). Соматическая патология, чаще отмечавшаяся в этой группе - сосудистые заболевания головного мозга с очаговой симптоматикой (60%).

Таким образом, можно сделать следующие выводы. Среди пациентов с БАР высока распространенность коморбидной соматической патологии (100%), чаще всего встречаются гипертоническая болезнь (72%), хронические болевые синдромы (такие как первичные головные боли и остеохондроз - 45%) и указание на ЧМТ в анамнезе. Большая распространенность соматических заболеваний отмечается в группе пациентов, требующих преимущественно стационарного лечения. В течении биполярного аффективного расстройства у пациентов, страдающих хроническими инфекционными заболеваниями, отмечается преобладание смешанных аффективных эпизодов.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Шохасан К.К., Бабарахимова С.Б.

Ташкент, Узбекистан

Актуальность: по данным современных научных исследований (McCarthy M., 1990; McCourt J., Wallis G., 1995; Herpworth J., 2009) установлено, что именно под влиянием мощного давления средств массовой информации, рекламы, социальных сетей в интернете в обществе формируется культ стройного женского тела, параметры фото и топ-моделей; 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 (Maroccoso-Muttini C., 1993). Расстройства приема пищи, как правило, начинаются в детском и подростковом возрасте. Отмечается низкая регистрация таких расстройств на ранних этапах, а также тяжелые последствия для состояния здоровья подростков, в том числе, репродуктивной функции. У пациентов появляется скрытый внутриличностный конфликт, трансформирующийся в болезненный симптомокомплекс. Пациенты и их родственники испытывают опасения,

тревогу, навязчивые страхи по поводу обращения за психиатрической помощью из-за искаженного восприятия этой части медицины и «стигмы» психического расстройства.

Цель исследования: исследовать особенности аффективных расстройств на различных этапах развития нервной анорексии для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: было обследовано 28 пациенток в возрасте 14-17 лет, отвечающим диагностическим критериям согласно МКБ-10 F - «Психические расстройства и расстройства поведения»; рубрика - «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»; группа F50 Расстройства приема пищи: F50.0 «Нервная анорексия». Ведущими методами исследования являлись клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический. Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования ведущее место отводилось изучению динамики нарушений эмоциональной сферы. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести нервной анорексии. На инициальном этапе у 26 обследованных (93%) были выражены: сниженный фон настроения, аффективные колебания, падение работоспособности. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями заболевания. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью (23%), ощущение враждебности со стороны окружающих и формирование отрицательного отношения к близким (36%), эпизоды немотивированной агрессии (55%), навязчивые страхи (16%). Страхи в инициальном периоде нервной анорексии имели дисморфофобический регистр непсихотического уровня. Пациентки с дисморфофобическими симптомами считали себя неинтересными, непривлекательными внешне, высказывали недовольство своим телом, чрезмерным увеличением округлостей бедер, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк, слишком большого размера ягодич, гиперемии и сальности кожных покровов, жаловались на слабование, винили себя в бесчувственности, скованности,

испытывали чувство неуверенности, стремились уединиться и быть в одиночестве. Все пациентки предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. На фоне выраженных депрессивных расстройств в 23% случаев возникали суицидальные мысли, в 3% случаев была совершена суицидальная попытка. На этапе кахексии повышалась раздражительность у 80% больных, нарастала вялость в 55% случаев, безразличие у 60% больных, что свидетельствовало об усилении аффективных расстройств. Дистимия отмечалась в 100% случаев. Девочки-подростки стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у пациенток выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста. Данные исследования по тесту Люшера показали, что у всех девочек отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательное отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, избеганию помощи со стороны близких и родственников. В 15% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. На этапе редукции вновь происходило обострение аффективных расстройств. На фоне депрессивных расстройств у пациенток значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), суицидальные мысли и тенденции (23%).

Выводы: аффективные расстройства выявляются у 93% больных и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя депрессивную симптоматику с суицидальными тенденциями, приводят к нарастающей школьной и социальной дезадаптации подростков.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Юлдашов Ж.А., Матрасулова Д.М.

Ургенч, Узбекистан

Цель исследования. Изучить динамику качества жизни (КЖ) в зависимости от возраста, наличия сопутствующих заболеваний у больных с хроническим пиелонефритом (ХП).

Материалы и методы. В исследование включено 84 человек в возрасте от 60 до 90 лет с ХП. Всем пациентам в начале и в конце исследования проводилось комплексное обследование, включающее клинико-лабораторные (общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови) и инструментальные методы исследования: рентгенография и УЗИ почек, электрокардиография (ЭКГ), исследование глазного дна и др. Для исследования использовался опросник оценки качества жизни (SF-36v2).

Результаты исследования. Результаты исследования показали что, снижение КЖ с возрастом наблюдается по всем параметрам у пациентов пожилого и старческого возраста с ХП. Особенно отличались в худшую сторону характеристики физического состояния, которое у больных старческого возраста во много раз снижается по сравнению с пожилыми пациентами. Снижение физических возможностей ограничивало по вседневную и трудовую деятельность больных.

Выводы:

1. КЖ больных с ХП пожилого и старческого возраста снижено и в целом тем больше, чем старше возраст больных.

2. Возраст, пол, индекс массы тела и сопутствующие заболевания могут значительно влиять на величину показателей КЖ лиц пожилого и старческого возраста с ХП.

ВИДЫ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ

Юлдашов Ж.А., Матрасулова Д.М.

Ургенч, Узбекистан

Целью исследования явилось определить виды тревожности у студентов при эмоциональном стрессе

Материалы и методы. Нами было обследовано 140 студентов, у

которых перед итоговым занятием (эмоциональном стрессе) определяли виды тревожности по тесту Тейлор, где включены 60 вопросов. Из них 9 вопросов определяют ложность, 15 вопросов определяют тревожность, связанные с социальным компонентом, 26 вопросов определяют нервный компонент и 10 вопросов-соматический компонент. Виды тревожности определяли у студентов, которые по шкале ложности набрали 4 балла и меньше

Результаты исследования. Обнаружено, что нормальная тревожность присутствует лишь у 2,5% студентов; повышенная – у 19,2%; высокая – у 78%, из них 13,3% проявляют очень высокую тревожность от 30 до 36 баллов. У студентов с повышенной тревожностью 80% за счет нервного компонента и 20% за счет социального. У студентов с высокой тревожностью 89% за счет нервного компонента и у 11% - за счет социального компонента. У студентов с очень высокой тревожностью 64% за счет нервного компонента и у 36% - за счет социального компонента. Превалирование нервного компонента тревожности можно объяснить тем, что при эмоциональном стрессе под влиянием многочисленных социальных, психогенных, психологических факторов равновесие душевного состояния человека может нарушиться. И в связи с этим возникает тревожное состояние, дискомфорт, настороженность без признаков угрозы. Следует отметить, что у студентов с высокой и очень высокой тревожностью очень велика доля неадекватной самооценки по сравнению со студентами, имеющими адекватную самооценку.

Выводы. Таким образом, анализ структуры повышенной, высокой и очень высокой тревожности показывает, что ведущим компонентом является нервная тревожность. При этом отсутствуют студенты, у которых проявление тревожности за счет соматического компонента.

ПЛАНИРОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ В РАМКАХ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА

**Яшихина А.А., Романов Д.В.
Самара, Россия**

Расстройства личности представляют собой одну из самых проблемных зон современной психиатрии. Несмотря на большое чис-

ло исследований в этой области, во многом нерешенными остаются вопросы распространенности, происхождения, классификации, динамики расстройств личности и подходов к терапии. Начиная с работ П.Б.Ганнушкина (1930), исследователи отмечали, что методы психотерапии и психокоррекции более предпочтительны, чем лекарственная терапия. А.Веек и А.Фриман (1990) приводят обзор психотерапевтических методик, применяемых при различных вариантах расстройств личности. В основном речь идет о когнитивной и поведенческой терапии, реже групповой. Предлагается использовать дифференцированный подход к терапии; так, в отношении пациентов с диссоциальным расстройством личности применяются программы «борьбы с одичанием»; в отношении лиц тревожного кластера возможны приемы, обычно используемые при психотерапии невротических проявлений.

Целью исследования явилось создание системы психокоррекционных мероприятий, учитывающих специфические когнитивные характеристики основных типов расстройств личности. Для изучения познавательной сферы пациентов, страдающих психопатией, использовались клиничко-психологическая беседа, анализ медицинской документации, психодиагностические методики: исследование структуры интеллекта по методике Д.Векслера (взрослый вариант).

В исследовании приняло участие 102 пациента с установленным диагнозом расстройство личности (F-60.x), средней возрастной категории, которые получали лечение, проходили военно-медицинскую комиссию, медицинскую экспертизу трудоспособности в ГУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер» с 2005 по 2011 гг. Для регистрации данных была разработана оригинальная карта обследования, в которую были включены биографические данные, данные, полученные в результате экспериментально-психологического исследования.

В результате исследования были получены данные, позволяющие верифицировать тип расстройства личности и выделить когнитивные «дефицитарные» зоны, выступающие в качестве мишеней психокоррекционной работы. Выявлено недостаточное развитие оперативных показателей внимания и памяти (субтесты «шифровка» и «повторение цифр»), позволяющие удерживать одновременно в поле внимания необходимый объем информации для достижения цели конкретного действия. Обнаружено недостаточное развитие способностей оперировать числовым материалом, что так же указывает на

недостаточное развитие оперативных показателей внимания и памяти и сообразительности (субтест «арифметический»). В структуре невербального интеллекта выявлены низкие показатели субтеста «последовательные картинки», требующие, умения организовывать отдельные части смыслового сюжета в единое целое, что отражается в характерном поведении пациентов и их неспособностью опираться на собственный опыт. В отношении основных типов расстройств личности составлены психокоррекционные программы, направленные на гармонизацию поведения и достижение стабильной адаптации. Для оценки эффективности выбранного подхода была сформирована группа пациентов страдающих шизоидной психопатией (F 60.1 по МКБ-10), где проводился комплекс разработанных психокоррекционных мероприятий. С пациентами проводились курсовые занятия в индивидуальном и групповом режиме. Все испытуемые отметили в ходе работы и после окончания занятий субъективное улучшение своего состояния. Для объективной оценки эффективности применялись психометрическая методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН), а так же опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Reviset – SCL-90-R). Была выявлена положительная динамика по всем параметрам методики САН: самочувствие улучшилось в среднем с 4,64 баллов до 5,9; активность повысилась с 4,18 до 5,38; настроение с 5,22 до 5,76. По данным методики SCL-90-R было получено снижение показателей по всем шкалам, однако значительные улучшения наблюдались по шкалам «межличностная тревожность» (INT) – показатель до проведения психокоррекции в среднем составил 1,17, после – 0,55; «враждебность» – до 0,79, после – 0,50; «фобии» - до 0,94 – после 0,65. Выявлено снижение общего индекса GSI (с 0,75 до 0,55), выраженное снижение индекса проявления симптоматики PSI (с 53,8 до 35,8) и др.

Выявленные в ходе исследования улучшение основных оперативных показателей самочувствия, активности и настроения, уменьшение выраженности психопатологических проявлений подтверждают эффективность использования психокоррекционных мероприятий, учитывающих специфические характеристики клинического варианта расстройства.

ПРИЛОЖЕНИЯ

**АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ОТРАВЛЕНИЙ И СУИЦИДОВ
ПО РАЙОНАМ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ
БСМЭ) С 01.01.2016 Г. ПО 31.12.2016 Г.**

№	Район	Отравления алкоголем и его суррогатами				Отравления наркотиками				Суициды			
		2016,0		2015,0		2016,0		2015,0		2016,0		2015,0	
		абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
1	Ал.-Гайский		0,0		-		0,0		0,0	6	37,4	2	12,4
2	Аркадакский	4,0	17,1	5	20,9		0,0		0,0	3	12,9	11	47,0
3	Аткарский	4,0	9,8	6	14,6	1	2,4		0,0	9	22,0	13	31,7
4	Б.Карабулакский	1,0	3,4	7	23,5		0,0		0,0	8	27,2	13	44,0
5	Балаковский	31,0	14,5	34	15,8	1	0,5		0,0	35	16,3	42	19,5
6	Балашовский	13,0	11,9	15	13,6		0,0		0,0	14	12,8	21	19,1
7	Балтайский		0,0	4	34,8		0,0		0,0	2	17,4	1	8,7
8	Вольский	10	10,4	13	13,4		0,0		0,0	22	22,8	22	22,8
9	Воскресенский	1	8,2	1	8,2		0,0		0,0	7	57,6	4	32,8
10	Дергачевский	1	5,1	2	10,1		0,0		0,0	13	66,9	2	10,3
11	Духовницкий	4	32,7	3	24,0		0,0		0,0	2	16,4	2	16,3
12	Екатериновский	2	10,5	1	5,2		0,0		0,0	3	15,8	2	10,5
13	Ершовский	6	15,6	3	7,6		0,0		0,0	8	20,7	18	46,6
14	Ивантеевский		0,0	3	20,8		0,0		0,0	4	28,2	1	7,0
15	Калининский	5	15,8	3	9,4		0,0		0,0	10	31,6	9	28,4
16	Кр.Кутский	3	8,8	3	8,8		0,0		0,0	7	20,5	6	17,5
17	Красноармейский	3	21,2	6	12,7	1	7,1		0,0	10	70,7	8	56,4
18	Краснопартизанск.	1	2,1	1	6,9		0,0		0,0	3	6,4	5	10,6
19	Лысогорский		0,0	5	25,5		0,0		0,0	7	35,9	2	10,2
20	Марковский	7	10,9	5	7,8		0,0		0,0	15	23,4	20	31,2
21	Новобурасский		0,0	3	18,7		0,0		0,0	7	43,4	7	43,3
22	Новоузенский	1	3,3	2	6,4		0,0		0,0	6	19,6	6	19,5
23	Озинский	2	11,1	1	5,5		0,0		0,0	5	27,8	5	27,7
24	Перелюбский		0,0	3	21,3		0,0		0,0	2	14,5	4	28,9
25	Петровский	6	13,8	8	18,2	1	2,3	1	2,3	14	32,2	10	23,0
26	Питерский	1	6,0	2	11,7		0,0		0,0	8	47,6	1	5,9
27	Пугачевский	1	1,7	6	10,0		0,0		0,0	13	21,8	14	23,4
28	Ровенский		0,0		-		0,0		0,0	8	47,2	7	41,1
29	Романовский	3	20,2	3	19,8		0,0		0,0	3	20,2	5	33,7
30	Ртищевский	15	26,7	12	21,2		0,0		0,0	13	23,2	12	21,3
31	Самойловский	1	5,2	6	30,7		0,0		0,0	4	21,0	5	26,1
32	Саратовский	8	16,0	5	10,1	1	2,0		0,0	6	12,0	8	16,0

33	Советский	3	11,1	7	25,8	1	3,7		0,0	7	26,0	11	40,7
34	Татищевский	5	12,1	12	29,4		0,0		0,0	6	14,5	8	19,3
35	Турковский	1	8,6	2	16,8		0,0		0,0	2	17,2	1	8,6
36	Федоровский	3	15,1	1	5,0		0,0		0,0	6	30,3	2	10,1
37	Хвалынский	3	12,9	3	12,6	1	4,3		0,0	8	34,4	5	21,4
38	Энгельский	21	6,9	47	15,6	5	1,6		0,0	54	17,7	62	20,3
39	г. Саратов	114	13,5	121	14,4	21	2,5	2	0,2	95	11,3	114	13,5
	По области	284	11,4	364	14,6	33	1,3	3	0,1	455	18,3	491	19,6

ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

	2013г.		2014г.		2015г.		2016г.	
	абс.	100 т.н.	абс.	100 т.н.	абс.	100 т.н.	абс.	100 т.н.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ								
Состоит на Д-учете ВСЕГО	36993	1474,6	36305	1450,3	35267	1414,6	33214	1335,2
- с наркоманиями	3415	136,1	3236	129,3	3159	126,7	2870	115,4
- с алкоголизмом	32170	1282,3	31794	1270,1	30908	1239,8	29322	1178,8
- с алкогольными психозами	1226	48,9	1102	44,0	1035	41,5	889	35,7
- с токсикоманиями	182	7,3	173	6,9	165	6,6	133	5,3
Состоит на Д-учете детей и подростков	18	4,2	19	4,4	18	4,0	22	4,9
- в т.ч. с диагнозом НАРКОМАНИЯ	1	0,2	7	1,6	9	2,0	15	3,3
Состоит на ПРОФИ-ЛАКТИЧЕСКОМ УЧЕТЕ	5670	226	5492	219,4	5179	207,7	4105	165,0
- употребление алкоголя	2656	105,9	2462	98,3	2236	89,7	1955	78,6
- употребление наркотических веществ	2851	113,6	2897	115,7	2821	113,2	2070	83,2
Состоит на Проф-учете детей и подростков	609	140,3	385	82,3	349	78,5	260	57,6
- детей и подростков, употребляющих наркотич. в-ва	84	19,4	68	15,6	73	16,4	50	11,1
Состоит на Проф. и Д-учете детей и подростков	627	144,6	404	92,7	367	82,5	282	62,5
- в т.ч. употребляющих наркотич. в-ва	85	19,6	75	17,2	82	18,4	65	18,8

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ								
Впервые взято на Д-учет ВСЕГО	2348	93,6	2181	87,4	2077	83,3	1929	77,5
- с наркоманиями	173	6,9	211	8,4	193	7,7	136	5,5
- с алкоголизмом	1676	66,8	1557	62,2	1479	59,3	1442	58,1
- с алкольными психозами	486	19,4	405	16,2	392	15,7	346	13,9
- с токсикоманиями	13	0,5	8	0,3	13	0,5	5	0,2
Взято на Д-учет детей и подростков	0	0,0	1	0,2	8	1,8	9	2,0
- с диагнозом НАРКОМАНИЯ	0	0,0	1	0,2	6	1,3	7	0,3
Впервые взято на Проф-учет ВСЕГО	1651	65,8	1479	59,1	1238	49,7	869	34,9
- с употреблением наркотических веществ	721	28,7	786	31,4	609	24,4	360	14,5
Взято на Проф-учет детей и подростков	403	92,9	238	54,6	234	52,6	171	37,9
- в т.ч. употребляющих наркотич. в-ва	64	14,8	44	10,1	47	10,6	24	5,3
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ								
Снято с Д-учета ВСЕГО	3321	132,3	3132	125,1	3429	137,5	4188	168,4
- из них с наркоманиями	512	20,4	503	20,1	398	16,0	505	20,3
Снято с Д-учета с улучшением	1438	57,3	1337	53,4	1328	53,3	1417	57,0
- из них с наркоманиями	251	10,0	169	6,8	141	5,7	189	7,6
Снято с Д-учета в связи со смертью	1141	45,5	1056	42,2	1299	52,1	1267	50,9
- из них с наркоманиями	132	5,3	116	4,6	146	5,9	99	4,0
Снято с Проф-учета ВСЕГО	1694	67,5	1639	65,5	1508	60,5	1927	77,5
- из них употребляющих наркотики	691	27,5	759	30,3	685	27,5	1117	44,9
Снято с Проф-учета с улучшением	1418	56,5	1424	56,9	1296	52,0	1232	49,5
- из них употребляющих наркотики	555	22,1	636	25,4	603	24,2	549	22,1
ПОСЕЩЕНИЯ К БОЛЬНЫМ								
Число посещений ВСЕГО	472416	207,1	553137	221,7	632584	25,4	520605	209,3
в т.ч. - по поводу заболевания	202134	80,7	211223	84,7	189902	76,2	179909	72,3

Число посещений на одного больного		4,2		4,5		4,2	4,1	
Функция врачебной должности	5477		6469,4		9036,9		7770,2	
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ								
Поступило	9062	3,6	8857	3,5	8199	3,3	7659	3,1
в т.ч. - с наркоманиями	645	0,26	707	0,28	613	0,24	584	0,2
- с алкоголизмом	6002	2,4	6027	2,4	5778	2,3	5374	2,1
- с алкогольными психозами	2335	0,9	1953	0,9	1728	0,7	1608	0,6
Госпитализировано женщин	699	0,3	1229	0,9	1161	0,5	1117	0,8

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

	2014		2015		2016	
	абс.	100 т.н.	абс.	100 т.н.	абс.	100 т.н.
Зарегистрировано ВСЕГО	68465	2742,4	69309	2780,1	69090	2778
в т.ч.						
- с психозами	19314	773,6	19609	786,6	19807	796,3
- с непсихотическими психическими расстройствами	32697	1309,7	33290	1335,3	33006	1327
- с олигофренией	16454	659,1	16410	658,2	16277	654,3
Зарегистрировано ДЕТЕЙ	12278	3307,4	12829	3388,4	12426	3232
Зарегистрировано ПОДРОСТКОВ	3607	5294,3	3637	5497,7	3363	5021

Впервые в жизни зарегистрировано	8649	346,4	9229	370,2	8810	354,2
в т.ч.					-	
- с психозами и слабоумиями	1636	65,5	1862	74,7	1810	72,8
- с непсихотическими психическими расстройствами	6547	262,2	6900	276,8	6552	263,4
- с олигофренией	466	18,7	467	18,7	448	18
Впервые в жизни взято на Д-учет	1941	77,7	2265	90,8	1932	77,7
- в т.ч. с психозами	1033	41,4	1206	48,4	1047	42,1

3

Состоит на Д-учете ВСЕГО	39445	1580	39298	1576,3	38707	1556
- в т.ч. с психозами	15089	604,4	15162	608,2	15245	612,9

Состоит в Консультативной группе	19839	794,7	20328	815,4	<u>19946</u>	801,8
Состоит на Д- и К-учете СУММА	59284	2374,6	59626	2391,7	<u>58653</u>	2358

Первичный выход на инвалидность	558	22,4	595	23,9	<u>494</u>	19,8
- в т.ч. детей (0-17)	242	55,1	245	55,1	<u>225</u>	49,8
Состоит на учете инвалидов	17404	697,1	17548	703,9	<u>17434</u>	700,9
- в т.ч. детей (0-17)	1802	410,1	1938	435,7	<u>2093</u>	463,7

Снято с Д-учета ВСЕГО	2765	110,8	2862	114,8	<u>2923</u>	117,5
в т.ч. - с улучшением	759	30,4	717	28,8	<u>806</u>	32,4
- со смертью	1199	48	1169	46,9	<u>1081</u>	43,4
- из умерших самоубийств	25	1	22	0,9	<u>25</u>	1

Число посещений ВСЕГО	525340		543672		<u>565635</u>	
Число посещений на 1000 жителей	210,4		218,1		<u>227,4</u>	
в т.ч. - по поводу заболевания (Абс.)	233015		252378		<u>271658</u>	
в т.ч. - по поводу заболевания (на 1 т.нас.)	93,3		101,2		<u>109,2</u>	
Функция врачебной должности	5953		6492		<u>7370</u>	

Средняя кратность наблюдения 1-го больного, состоящего на Д-учете	5,5		5,9		<u>6,5</u>	
					-	
Находится под опекой ВСЕГО	4655	186,5	4770	191,3	<u>5134</u>	206,4
- в% от инвалидов I-II групп	31,8		28,9		<u>35,9</u>	

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ.....	3
Абдуллаева В.К., Нурходжаев С.Н. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ	4
Абдуллаева В.К., Абдукуддусов А.О. ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХОГЕННОЙ ПРОВОКАЦИИ ПСИХОЗОВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА	8
Абдурахманова С.У., Бабарахимова С.Б. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ.....	13
Абросимова Ю.С., Барыльник Ю.Б., Колесниченко Е.В., Пахомова С.А., Самойлова Д.Д. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	17
Авдеев В.Л., Иноземцева Е.В., Колесниченко Е.В. УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ И ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ	21
Алешина Н.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ«ЭЛЕКТРОСОН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	27
Альбицкая Ж.В., Касимова Л.Н., Дворянинова В.В. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ И ДЕТСКОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ.....	29
Антонова А.А., Буданова А.Т., Ботвиненко Е.В., Иванова А.А., Барыльник Ю.Б., Белых Т.В., Бачило Е.В., Деева М.А. ТЕРАПИЯ ТЕАТРОМ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	37
Арпентьева М.Р. НАРРАТИВЫ ПАЦИЕНТОВ: СИГНАЛЫ И ТРИГГЕРЫ ИЗМЕНЕНИЙ	42
Ассанович М.А. АНАЛИЗ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ МОНТГОМЕРИ-АСБЕРГ НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ РАША.....	60
Бабарахимова С.Б. ДЕСТРУКТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ	65
Грачева О.Г., Павлищев Д.В. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СОТРУДНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ	71
Григорьева И.В., Кралько А.А., Ладо А.В., Сергеенко И.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВОМ ПРОФИЛАКТОРИИ	80

Докукина Т.В., Копыток А.В., Голубева Т.С., Лущинская С.И., Неволина Е.А., Махров М.В., Захаревич О.Ю., Трущенко М.Н., Будько Т.О., Шеремет Е.А. ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	88
Енина В.В., Енин К.А., Занозин А.В. АНАЛИЗ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ	95
Жукова О.А. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ В РАЗВИТИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	108
Имамов Ш.А. О ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНО- ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ И ОПТИМИЗАЦИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ	113
Искандарова Ж.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ	118
Кабкова О.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	122
Катерная Ю.Е. ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА БАЗЕ ШКОЛЫ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	134
Колесниченко Е.В., Барыльник Ю.Б., Голимбет В.Е. ГЕН DRD2 И СЕМЕЙНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ	144
Круглеков А.Н. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОПЕРАЦИОНАЛЬ- НОЙ СТОРОНЫ МЫШЛЕНИЯ.....	148
Куликова О.С. ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНОГО СТИЛЯ «РИГИДНОСТЬ / ГИБКОСТЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ» И ХАРАКТЕРИСТИК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	159
Ледванова Т.Ю., Шохина Ю.Ю., Козина И.Е. АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ И ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У ЖЕНЩИН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ КОРРЕКЦИЮ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ.....	168
Мамедова М.З., Колесниченко Е.В., Абросимова Ю.С., Пахомова С.А., Самойлова Д.Д. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ СТУДЕНТОВ	178

Носачев Г.Н., Носачев И.Г. ВЛЕЧЕНИЕ (ОРГАНИЗМ) – ПОВЕДЕНИЕ – СОЗНАНИЕ (ЛИЧНОСТЬ) КАК «НОВАЯ» ПАРАДИГМА НАРКОЛОГИИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА.....	181
Нурходжаев С.Н. КОМОРБИДНОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ	194
Пахомова С.А., Барыльник Ю.Б., Самойлова Д.Д., Абросимова Ю.С., Колесниченко Е.В. РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ КОМОРБИДНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА	200
Романов Д.В. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТЬЮ: ВАЛИДИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ	206
Саидхонова Ф. А., Бабарахимова С.Б. ПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ	211
Сайдалиходжаева Д.Г. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	217
Самойлова Д.Д., Пахомова С.А., Абросимова Ю.С., Колесниченко Е.В., Барыльник Ю.Б. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ШИЗОФРЕНИИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	223
Сердюк О.В. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА.....	229
Титев О.Н., Колесниченко Е.В. ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ	236
Федорова П.С., Плаксин А.Н. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ УМСТВЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	242
Филиппова Н.В., Бачило Е.В., Сизов С.В., Гусева М.А., Олейникова Е.Р. ИЗУЧЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г.САРАТОВА	252
Филиппова Н.В., Ажгиреева С.К., Аубекерова А.С., Деева М.А. ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	261

Шарипова Ф.К. КЛИНИКОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ФОРМУ ГИПОТЕРИОЗА В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ.....	269
Шин З.В., Ашуров З.Ш., Ким Д.П. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В УЗБЕКИСТАНЕ И В МИРЕ..	272
Эгамбердиев К.К., Юлдашов Ж.А., Матрасулова Д.М. ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ СТРЕСС И МЕТОДЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ ...	278
Яковлев Е.А., Адилова Д.А., Лебедева С.В., Тяхт И.В. АНАЛИЗ ПОСМЕРТНЫХ СУДЕБНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПОДКОСТКАМ, СТРАДАВШИМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, СОВЕРШИВШИМ СУИЦИД, ПРОВЕДЕННЫХ В ГУЗ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СВЯТОЙ СОФИИ» В ПЕРИОД 2014-2016 гг.....	285
Яковлев Е.А., Саранцева Н.А., Маркина О.В., Лебедева С.В. АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, РАЗВИВШЕГОСЯ У ПОТЕРПЕВШЕГО, ПО МАТЕРИАЛАМ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ И АМБУЛАТОРНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В 2016 ГОДУ	298
ТЕЗИСЫ	316
Алтынбеков К.С. ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГАЛОПЕРИДОЛОМ И АМИСУЛЬПРИДОМ БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ.	316
Арпентьева М.Р. НАРРАТИВЫ ПАЦИЕНТОВ: СИГНАЛЫ И ТРИГГЕРЫ ИЗМЕНЕНИЙ.	317
Бабарахимова С.Б., Шохайдарова Р.Ю. ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ	320
Бартош О.П. ВЛИЯНИЕ БОС-ТРЕНИНГА НА ШКОЛЬНУЮ ТРЕВОЖНОСТЬ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШИХ КЛАССОВ.....	322
Бартош Т.П. ВЫРАЖЕННОСТЬ АЛЕКСИТИМИИ И ПСИХИЧЕСКОЙ РИГИДНОСТИ У ПОДРОСТКОВ МАГАДАНА С ПРИЗНАКАМИ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА	324
Бойко Е.А. АНАЛИЗ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЧИСЛА СЛУЧАЕВ ОТРАВЛЕНИЙ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ, АЛКОГОЛЕМ И ЕГО СУРРОГАТАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ, ПО САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016 ГОД.....	327

Вострокнутава О.О. НАРУШЕНИЯ СНА И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	328
Герасимчук М.Ю. ХРОНО-ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В ПСИХИАТРИИ.....	331
Григорьева И.В., Кралько А.А., Ладо А.В., Сергеенко И.В. КРИМИНОГЕННАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЦ, НАХОДЯЩАХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ ПРОФИЛАКТОРИЯХ	332
Жигар А.М., Шарупский И.И. ЛОКУС КОНТРОЛЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ.....	334
Ивлиева И.А. ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЗА 10 ЛЕТ.	336
Имамов Ш.А. ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА ФАКТОРОВ РИСКА В КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ АЛКОГОЛИЗМА.....	337
Карабанова Е.В., Куприна А.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	339
Кашичкина О.В., Деренок А.П., Маркина О.В., Буренина О.В. СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	341
Коновалов П.Н., Задорожная О.В. ВОЗМОЖНОСТИ ГРУППОВОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	343
Королев А.Л., Ярославская М.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ «СХЕМЫ ТЕЛА» БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ С ПОМОЩЬЮ ПРОЕКТИВНОГО МЕТОДА К. МАХОВЕР «РИСУНОК ЧЕЛОВЕКА»	345
Куликова О.С. ПОПЫТКА РЕАЛИЗАЦИИ ТИПОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К АНАЛИЗУ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ.....	346
Куприна А.А. АУТИЗМ. ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ	349
Купцов П.Ю., Петров В.Е. АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ АМБУЛАТОРНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	351
Курьшов В.Н., Маслова Н.В., Щербина Р.Ю., Майер О.Н., Белов Ю.Г. ГАБАПЕНТИН В ТЕРАПИИ ОРГАНИЧЕСКОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА.....	354

Кучаева А.В., Семенихин Д.Г., Михайлова Е.Б. ПЕРЕНОСИМОСТЬ ТИМОАНАЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	355
Кучкаров У.И., Рустамов У.Т. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ.	357
Кучкаров У.И., Рустамов У.Т. СХОДСТВА МОТИВАЦИОННОЙ ГОТОВНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ С СОМАТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ.....	360
Лапшова А.И., Котина М.Б., Стрелкова И.В., Фролова С.С. ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФЕВАРИНА И КВЕТИАПИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЖИТАЦИЕЙ НА ФОНЕ ДЕМЕНЦИИ СОСУДИСТОГО И АТРОФИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	362
Линева Т.Ю., Брюхин А.Е., Оконишникова Е.В. ОБСЕССИВНО- ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ.....	364
Маркова И.П. ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ М.Е. БУРНО ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АСТЕНО-ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА	365
Михеева О.В., Толкачев А.С. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ	367
Михеева О.В., Архангельский С.М., Толкачев А.С. ОБ ОЩУЩЕНИИ ШЕВЕЛЕНИЯ В ЖИВОТЕ И ПУСТОТЕ ПОСЛЕ РОДОВ.....	369
Нарбаева Н.Х. ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ... 371	
Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ: РЕАЛЬНОСТЬ И СКРЫТЫЕ ПРОБЛЕМЫ	373
Носачев Г.Н. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ: ОБЩЕЕ И РАЗЛИЧНОЕ.....	376
Оконишникова Е.В., Брюхин А.Е., Линева Т.Ю. ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСМОРФОФОБИЕЙ-ДИСМОРФОМАНИЕЙ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ И НЕРВНОЙ БУЛИМИИ.....	378
Парашенко А.Ф., Бойко Е.А., Ивлиева И.А. ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬ- НОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖ- БЫ В 2016 Г	380
Плято Э.И., Давыдова Ю.Ю., Ефремова С.В., Луценко В.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИТАМИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ	382

Солнцева П.И., Карелина И.Л., Мухина С.В., Бочкова Е.А. КОМПЛЕКС В АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ И ВАРИАНТЫ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ	384
Суворова Ю.В., Ярава О.Н. ШКОЛЬНАЯ НЕУСПЕВАЕМОСТЬ КАК ПРИЧИНА НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В КОРРЕКЦИОННЫЕ ШКОЛЫ	386
Туйзюков Г.В., Градова Т.В., Шестакова Р.М., Попков А.Е., Слесаренко А.С. СТРУКТУРА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ДРУГИХ ПАВ, СОВЕРШИВШИХ АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В СОСТОЯНИИ НАРКОТИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ ЗА 2015-2016 ГГ.....	388
Федотенко О.А. СУБКЛИНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН-СПОРТСМЕНОК.	389
Шарипова Ф. К., Ахмедова Ш.У. ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА	390
Шеломанова И.В. ПОМОЩЬ РОДИТЕЛЯМ ПРИ ОБЩЕНИИ С ЗАИКАЮЩИМИСЯ ДЕТЬМИ.	392
Шишковская Т.И., Стрельник С.Н. ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА	394
Шохасан К.К., Бабарахимова С.Б. ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ ...	396
Юлдашов Ж.А., Матрасулова Д.М. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.	398
Юлдашов Ж.А., Матрасулова Д.М. ВИДЫ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ.	401
Яшихина А. А., Романов Д.В. ПЛАНИРОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ В РАМКАХ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА	401
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	402

**Актуальные проблемы психиатрии, наркологии,
психотерапии и клинической психологии**

Сборник научных трудов

Выпуск 15

Подписано в печать 00.00.2017 г.
Формат 60x84 1/16. Гарнитура Times New Roman.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 00,00 усл. печ. л.
Тираж 100. Заказ № 0000

Издательство Саратовского государственного медицинского
университета им. В.И. Разумовского.
410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112

Отпечатано в типографии