



ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный
медицинский университет» Минздрава России

«Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии»

Материалы 5-й международной
научно-практической конференции

г. Оренбург 2015

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России

5-я международная научно-практическая конференция

**«Душевное здоровье населения
на границе Европы и Азии»**

*Материалы 5-й международной
научно-практической конференции*

Оренбург 2015

УДК 615.851+615.214 (063)

ББК 53.57+52.817.10

П86

Под редакцией заведующего кафедрой психиатрии, медицинской психологии д.м.н., профессора В. Г. Будзы, заведующего кафедрой клинической психологии и психотерапии к.м.н., доцента Е. Ю. Антохина.

П86 Сборник материалов международной научно-практической конференции содержит публикации по современным аспектам нейробиологии, диагностики, лечения и реабилитации психических расстройств.

© Оренбургский государственный медицинский университет, 2015

AFFECTIVE DISORDERS IN TEENAGERS WITH COMPUTER ADDICTION

Babarahimova S.B., Iskandarova J.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Tashkent, Uzbekistan

Tel +998909370340. E-mail sayyora_barievna2010@bk.ru

Introduction. The World Information Network created a "virtual world", which takes possession of the minds of many young people, forming a much stronger drug dependence. Computer addiction - a form of psychological dependence, which manifests itself in obsessive fascination with computer games[1]. An analysis of the scientific literature indicates that the most vulnerable groups in the formation of computer addiction, as a type of non-chemical addictions are teenagers[2]. According to the American Academy of Pediatrics dependence observed in every tenth child[3]. The greatest danger represent a role-playing games, because the mechanics of the game represent the "entry" of a person in the game, the integration with the computer, the loss of individuality and the identification of himself with a computer character. Going to a "virtual world "is accompanied by a complete detachment from reality and delinquent behavior. Player is fully immersed in the game and virtually implements most of the existing needs. Uncontrolled gaming computer activity accompanied by increased irritability, propensity for unlawful acts hostile perception of the world[4]. Computer games contribute prenosological formation conditions at teenagers. Therefore our aim was to study the characteristics of psycho-emotional disorders among adolescents dependence on role-playing games.

Materials and methods. During the work has been tested 40 visitors of internet clubs in Tashkent the ages from 12 to 19 years old, playing the role-playing computer games; specially designed questionnaire contained a list of questions to identify the stage of psychological dependence on computer games, to identify emotional disorders used "Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS). The first test was conducted on a scale HADS after finishing the game, retest the day after the last session of play.

Results and discussion. The bulk of the respondents 90% were boys. 60% carried away with playing computer games at the age of 12 years, 25% of respondents - in 14-15 years, and only 15% of teenagers started to play computer games at the age of 16 years. In role-playing computer games "in the first person" has played 80% of the respondents, the remaining 20% role-playing computer games "in the third person." role-playing computer games "in the first person," characterized by a deep entry into the game, complete identification with the hero, the loss of connection with the real situation and the transition to the virtual world, highly motivated gaming activity and expression of emotional dependence. Computer games, "the third person" cause less interest among players in the absence of express immersion in a virtual world, a weak identification with the hero, low motivational inclusion. Boys played mainly in computer role-playing game "in the first person," which have the greatest impact on the psyche of teenagers. The need for this form of the game interviewed explained by the desire to escape from reality and the need in making a more important social role. In 10 of those surveyed (25%) were socialized form of dependence. These teenagers always play with others, the motivation of the game is competitive in nature, in the absence of other games not played, dissatisfaction experienced in case of loss team. 75% of respondents have a personalized form of dependence, always play alone, the need for the game high, in the absence of the game experiencing dissatisfaction, negative emotions, and anxiety. The study of emotional disorders showed that their presence and severity linked to form and the step depending role of computer games. So those with socialized form of dependence in 25% of cases detected stage of mild passion to the computer games, in 75% of cases - the stage of practical use. Adolescents with this depending on the form of emotional disorders were detected in 4 respondents (40%), these persons have a long gaming experience. On a scale HADS subclinical expressed anxiety and depression found in people with the second stage of computer addiction. Adolescents with the first step, a decrease depending on the mood and appearance feelings of guilt in case of loss team in the second test on

a scale HADS noted the presence of subclinical expressed anxiety. In the second stage, depending out of the game teenagers complained of being bored, depressed mood, depression, in case of the possibility to hold team play marked euphoria, increased imagination, raising moods, fantasies about the game. Individuals with the second stage depending retest showed marked preservation of subclinical anxiety and depression.

In patients with a form of individualized depending 100% of the identified emotional disorders. In accordance with step varies depending on the severity of affective disorders. When individualized form according patients with the first stage (30% of respondents) emotional disorders in the first and second test has not been revealed. On a scale by the HADS determined "norm" - the absence of reliable pronounced symptoms of anxiety and depression. In patients with a form of individualized depending 100% of the identified emotional disorders. In 18 adolescent was found stage of practical use from computer games, in 83% of cases on a scale of HADS in the first test was determined subclinical anxiety expressed in 27% of cases detected subclinical expressed depression. These teenagers have experienced anxiety due to lack of opportunities to spend time playing computer games, the appearance of such a possibility anxiety levels significantly decreased. Teens for a long time after the cessation of the game are constantly returned in an interview to the game situation, experiences due to the fact that they were unable to finish the game because they wanted to. For teenagers in the group were characteristic leaves the house, the negative attitude towards others and their efforts to interrupt the stay at the computer, psycho-emotional stress in the absence of opportunities to spend time at the computer.

In communion a favorite topic of discussion become a computer game, fantasizing about the hero of the game, a dream about staying at the computer. Re-testing changes in the level of depression did not reveal these teenagers linked his condition with the constant conflicts with their parents, with their lack of understanding and excessive demands for learning. In 3 adolescents was identified third stage of computer addiction. In this group the first and second test on a scale HADS revealed clinically severe anxiety and depression. These teenagers poorly controlled himself, become emotionally unstable, decreasing criticism of the behavior in case of an interruption the game is marked aggressiveness, rudeness. For the surveyed persons from the group of the third stage according to characteristic were often leave the house, scattering indicated the presence of impulsive behavior, tendency to lie, conduct disorder, a sharp change of emotion in their extreme form, unwillingness to learn, lack of proper sleep, some teens noted the presence of dreams with scenes from computer games, obsessive thoughts about the game. These teens missing emotional and behavioral self-control. In some cases in adolescents with an individualized form of dependence was observed, indifference to everything that does not concern his hobbies, missing classes, decreased performance, narrowing the circle of social contacts.

Conclusion. Thus, the psycho-emotional disorders are leaders the clinical picture and amplified depending on the development of computer addition lead to vulnerability in the development of emotional self-control, inability to cope with stressful situations, the formation of depressive disorders and social disadaptation.

References:

1. Harrington R. Depressive Disorders in Childhood and Adolescence. John Wiley & Sons, 1995.
2. Heymans P. Adolescent depression and social situation of development (in co-authoring with Olga Idobaeva and Andrei Podolskij).
3. Paper presented at the 6th European Conference on Adolescence. Budapest, Hungary, 1998.
4. Joffe R., Dobson K.S., Fine S., Marriage K. & Haley G. Social problem-solving in depressed, conduct-disordered, and normal adolescents. // Journal of Abnormal Child Psychology, 1990.-Vol. 18

PSYCHIATRY IN MOLDOVA: PRESENT CHALLENGES AND FUTURE VISION

Bandati A., Culis N.

Republican Dispensary of Narcology (Addictions)

Moldavian Association of Young Psychiatrists and Psychologists (MAYPP)

Chisinau, Moldova

About 500 doctors graduate from Medical University yearly, and only from 10 to 25 applications for psychiatry residency program yearly.

This low number is caused by:

1. Stigma
2. Poor financial situation in the field (infrastructure, deficit of psychotropic drugs, low and inadequate income and social support of trainees and young doctors)
3. Career obstacles
4. Rare possibility to take part in researches projects due to the small number of these
5. Complicate specialty and early burn-out

From 1/4 to 1/3 of trainees left psychiatry during the residency due to:

1. Poor financial situation and necessity of combining of training program with job
2. Insufficient supervision and inattentive attitude from seniors
3. Transferring to the other specialties
4. Overworking in medicine and combining medical job with other jobs
5. Changes in social status (marriages, pregnancies, etc.)

Up to 30% of Psychiatry License holders left specialty before and during their practice

1. Lack of transparency in jobs distribution
2. Poor financial situation (infrastructure, deficit of psychotropic drugs, low and inadequate income and social support of trainees and young doctors)
3. Often overworking, shortage and high deficiency of mental health professionals (doctors, nurses, psychologists, etc.)
4. Insufficient collaboration with social services and police
5. Pressure from the authorities, political influence, lack of trade-union support, legal insecurity in everyday practice
6. Negative image in mass media of medicine in general and psychiatry in particular
7. Absence of legal regulations of private psychiatry

Those doctors which continue psychiatry practice trying to do this because of:

1. Optimism, enthusiasm, and love for the profession
2. Establishing and active participating in NGOs (MAYPP, National Society of Psychiatrists and Narcologists, etc.)
3. Improving of the local challenges and problems by international collaboration
4. Informational activities for creating and maintaining of positive image of psychiatry
5. High demand of psychiatry (also due to migration)

REHABILITATION PROGRAMS FOR DRUG USERS IN MOLDOVA

Bandati A., Oprea M., Ovcearenco A.

Republican Dispensary of Narcology (Addictions)

Moldavian Association of Young Psychiatrists and Psychologists (MAYPP)

Chisinau, Moldova

Rehabilitation Center (RC) for drug users was inaugurated in 2007. Its aims are prophylactic assistance, advisory, medical and social adaptation of drug users with medical and social consequences generated by drug consumption.

RC's program includes several strategic objectives:

- psychological and social support
 - healing and maintaining long-term abstinence
 - social and professional integration
 - family integration and improving relations with others
 - formation of interests that contribute to healthy lifestyles
- Rehabilitation process lasts 2 – 4 months and includes several stages:

- The initial stage
- Basic or general Step
- The final stage

Each phase integrates sub steps:

- adaptation
 - active intervention or integration
 - stabilization and keeping
1. **Adaptation (2 weeks)**
 - examination and consulting
 - familiarity with RC regime
 - framing in rehabilitation activities
 - motivation for behavior change training
 2. **Integration or basic stage (2-12 weeks):**
 - integration to the activity of RC
 - psychotherapeutic activities
 - group activities
 - instructional and educational programs
 - revival of health
 - restoring and improving relationships with family and others
 - healthy living skills training (positive thinking)
 3. **The final stage:**
 - application of skills gained throughout the program
 - consolidation and implementation of skills and responsible behavior
 - obtaining of health conditions for further work and studies

Mean year number of the RC's clients is 252 (+/- 10,5).

In terms of the rehabilitation potential with advanced grade were 176 people (48 %), average potential - 165 persons (45 %), and low potential - 26 people (7 %) in 2014.

Providing of medical and psychosocial services, knowledge in drug addiction prevention denotes desired effect of RC's program.

BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Culis N.

Republican Dispensary of Narcology (Addictions)

Moldavian Association of Young Psychiatrists and Psychologists (MAYPP)

Chisinau, Moldova

Introduction Bipolar disorder is a clinical condition that often causes difficulties in positive and differential diagnosis. Befor being diagnosed correctly, they get an avarage of 3.5 other clinical diagnoses were examined at least four specialists before being examined by psychiatrist.

Objective of the study. Clarification of the literature data on positive and differential diagnosis of bipolar disorder.

Materials and methods. The study is based on analysis of scientific articles which approaches the principles of positive and differential diagnosis of bipolar disorder, and

retrospective analysis of clinical observation cards of patients hospitalized in clinical sections of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology during 2013 – 2015 years.

Results. In the process of differentiation specialists often face psychiatric and non-psychiatric features due to which in 60% of case, first 6 months after disease begun, bipolar patient didn't get any diagnoses, in 34% they get other diagnoses, so they hadn't taken correct treatment.

Conclusions. (1) Differential diagnosis most often fail because of lack of relevant clinical information, incorrect or superficial collection of clinical data and ignoring sources or collateral. (2) In making positive and differential diagnosis of bipolar disorder an essential support for clinician are anamnesis with reference to the age of onset of the first symptoms of depression and / or mania, their evolution over time, reaction to pharmacological treatment etc.

PSYCHO-DEFENSIVE BEHAVIOR OF CHILDREN WITH MILD MENTAL RETARDATION

Tron K.K.¹, Antokhin E.Yu.¹, Boldiereva T.A.²

¹Orenburg State Medical University,

²Orenburg State University

Orenburg, Russia

The article presents the main data on the problem of the relationship of psychologic defense behavior and level of social adaptation of children with mild mental retardation. In particular, identify functional aspects of a psychologic defense behavior for successful social adaptation of the child with mild mental retardation. The study identified the structural and qualitative characteristics of a psychologic defense behavior in children with mild mental retardation. To conduct the study methods were used: Questionnaire Plutic-Kellerman-Conte "life style Index" in the adaptation of E.S.Romanova; Test Rosenzweig - methods picturesque frustrations, the kids version (option N.V.Tarabrina); Questionnaire coping strategies of school age in the embodiment I.M.Nikolskaya and R.M.Granovskaya. The study's data confirmed that children with mild mental retardation use a simpler psychological defense mechanisms to adapt to their environment - denial and jet formation. While the most effective are the compensation and rationalization.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИИ В СВЯЗИ С ЖАЛОБОЙ НА ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ*

Аптикеева Н.В., Вагнер Н.Е., Аптикеева Э.Д.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Проводимое интервьюирование [1] по опросникам Dizziness Handicap Inventory (DHI) [2] и Vertigo Symptoms Scale (VSS) [3] показало, что для повышения качества жизни, связанного с головокружением, необходимо изменение множества факторов, окружающих пациента, в том числе и влияние эмоционального состояния на возникновение головокружения [4]. Для уточнения вестибулярных нарушений в г.Оренбурге, возникла необходимость проведения интервьюирования пациентов с головокружением.

Цель работы. Интервьюирование пациентов с жалобой на головокружение для уточнения распространённости поражения вестибулярного аппарата и нервной системы.

Материалы и методы. Исследование проходило в несколько этапов. Первый этап - проведение опроса населения старше 18 лет по стандартизированному самоопроснику у пациентов с жалобой на головокружение. В нем уточнялись четыре основных критерия: 1. «неустойчивость (нарушение равновесия)», 2. «отсутствие нарушения равновесия», 3. «головокружение (это мнимое ощущение движения окружающего пространства вокруг

собственного тела или тела в пространстве)», 4. «одурманенное состояние, слабость, потемнение в глазах, предобморочное состояние». Дополнительными критериями являлись вопросы, предлагаемые к основным критериям: «при движении головы», «при вставании из лежачего или сидячего положения», «шум (одно ухо), оба уха». В случае головокружения «могут ли приступы появляться «ниоткуда», например, при просмотре передач по телевизору, при чтении текста», а также «ухудшение слуха». Неврологические проявления в виде «слабость в конечностях с одной стороны», «нарушение вкуса», «нарушение обоняния», «двоение в глазах», «затруднение при глотании», «перекос половины лица», «другие ощущения», а также «длительность состояния головокружения», «тошнота». Симптомы тревоги также учитывались в самоопроснике: «имеется ли тревога, раздражительность, беспокойство по мелочам, ощущение напряженности и скованности, неспособность расслабиться, ощущение взвинченности или пребывание на грани срыва», «невозможность сконцентрироваться», «ухудшение памяти», «трудности засыпания», «страх», «быстрая утомляемость». Второй этап состоял в опросе по телефону ранее опрошенных с использованием шкал (Dizziness Handicap Inventory (DHI), 1990, Quantitative Diagnostic Questionnaire (QDQ) - beta version) для отбора пациентов для проведения калорического исследования с орошением при помощи ирригационного насоса (44° и 30°) и видеонистагмографии (ВНГ) на аппарате VN415 «Interacoustics A/s», Дания по программе FireWire®VNG компании Interacoustics для исключения одностороннего ослабления и одностороннего превалирования вестибулярного аппарата (на базе Клиники ОрГМУ, Главного бюро медико-социальной экспертизы).

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов составил от 18 до 65 лет. Соотношение женщин к мужчинам было 3:1 во всех возрастных группах, особенно в возрасте 44-59 и 60 -65 лет. Интервьюирование жалобы на головокружение выявило побочное исследование на тот факт, что 51% пациентов жаловались на: раздражительность, беспокойство по мелочам, нарушение памяти, быструю утомляемость, учащенное сердцебиение, приливы жара или холода, трудности засыпания в большей степени, чем 49% на неспособность расслабиться, ощущение взвинченности, невозможность сконцентрироваться, страх смерти, потливость ладоней, ком в горле, чувство нехватки воздуха. Эти критерии соответствуют эмоционально тревожному расстройству.

Заключение. Эмоционально тревожное расстройство присутствует у более 50% пациентов с головокружением различного генеза при нормальном выполнении тестов на устойчивость (проба Ромберга, тандемная ходьба, проба Утенберга, стояние на одной ноге). Среди эмоциональных нарушений наиболее частой причиной головокружения являются тревожные или тревожно-депрессивные расстройства. Именно частота тревоги, которая является самым распространенным эмоциональным нарушением и наблюдается в популяции в 30%, определяет высокую представленность психогенного головокружения.

Литература:

1. Martin M, Edith S, Ralf S, Eva G. Identification of aspects of functioning, disability and health relevant to patients experiencing vertigo: a qualitative study using the international classification of functioning, disability and health. *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 10: 75. Published online 2012 June 27. doi: 10.1186/1477-7525-10-75.
2. Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1990;116:424-427.
3. Yardley L, Masson E, Verschuur C, Haacke N, Luxon L. Symptoms, anxiety and handicap in dizzy patients: development of the vertigo symptom scale. *J Psychosom Res*. 1992;36:731-741.
4. Simon NM, Pollack MH, Tuby KS, Stern TA. Dizziness and panic disorder: a review of the association between vestibular dysfunction and anxiety. *Ann Clin Psychiatry*. 1998;10:75-80.

*Работа выполнена при грантовой поддержке Администрации Оренбургской области.

ОПТИМИЗАЦИЯ МУЛЬТИСЕНСОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПОЗИЦИОННЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

Апतिकеева Н.В., Вагнер Н.Е.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Мультисенсорная недостаточность (МСН) у лиц пожилого возраста чаще связана с дегенеративными изменениями головного мозга и с рассогласованностью всех систем (зрительной, вестибулярной, проприоцептивной, слуховой). Все это кумулируется в понятие пресбиастазис. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) встречается гораздо чаще, чем другие головокружения в пожилом возрасте. Снижение активной двигательной активности у пациентов, испытывающих пресбиастазис и ДППГ, приводит к замедлению процессов «сенсорного замещения и вестибулярной компенсации» [1]. Пациенты чаще приходят к врачу с жалобой на головокружение, в том числе с начальными проявлениями цереброваскулярной патологии - 30%, а обращаемость по поводу головокружения составляет всего лишь 2,4% [2-5]. Однако, комплексного изучения МСН, в том числе и у пожилых, в России до сих пор не проводилось.

Цель работы. Изучение мультисенсорной недостаточности при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении у пожилых.

Материалы и методы. Проведено клинико-неврологическое, кардиологическое, нейроофтальмологическое, отоневрологическое обследование 160 пациентов (120 женщин и 40 мужчин) в возрасте от 52 до 75 лет (средний возраст $63,7 \pm 10,3$ года) в межприступный приступ рецидивирующего головокружения. Обследование проведено амбулаторно в Клинике ОрГМУ. Пациенты были тестированы по шкалам: Dizziness Handicap Inventory (DHI) (1996), Boshannon (1990), Hoffenbert (1991). Статистическая обработка проводилась по критерию Стьюдента с оценкой вероятности на уровне значимости не менее 95% ($p \leq 0,05$).

Результаты и обсуждение. Рецидивирующим головокружением в этом возрасте было ДППГ. В анамнезе у 29% пациентов был констатирован инсульт в вертебрально-базиллярной системе», у 74% атеросклеротическая и гипертоническая энцефалопатия, у 22% - «вертебрально-базиллярная недостаточность», у 14,3% - «сосудистый паркинсонизм». В катамнезе приступов рецидивирующего головокружения выявилось $8,7 \pm 7,7$ лет, частота приступов головокружения и их интенсивность по шкале DHI – $4,7 \pm 1,34$ степени тяжести, оценка поддержания вертикального положения по шкале Boshannon, – $2,7 \pm 0,5$ баллов, степень клинических проявлений вертебрально-базиллярной недостаточности по шкале Hoffenbert – $8,1 \pm 3,1$ баллов. Видеонистагмографическое исследование при позиционной пробе подтвердило наше предположение о ДППГ у лиц пожилого возраста с появлением позиционного нистагма при изменении положения головы. При анализе исследования глазного дна и полей зрения у 42,8% пациентов была выявлена патология в виде ангиосклероза (ангиопатии по гипертоническому типу у 20,2% пациентов), у 78,6% были выявлены «немые» скотомы, преимущественно височной локализации. Анализ эхокардиоскопии выявил диастолическую дисфункцию левого желудочка I типа у 48 пациентов (57,2%), склероз аорты - у 72 пациентов (85,7%), гипертрофия левого желудочка - у 18 пациентов (21,4%) ($p < 0,05$).

Заключение. Доброкачественное пароксизмальное позиционное периферическое относится к категории рецидивирующих головокружений, часто встречающееся и плохо диагностируемое среди пожилых.

Предлагаемый нами алгоритм диагностики мультисенсорной недостаточности у пожилых состоит из дополнительных методик: 1) нейроофтальмологического исследования (выявление негативных скотом); 2) отоневрологического (видеоонистагмография, аудиометрия); 3) кардиологического (выявление диастолической дисфункции левого желудочка и склероза аорты при ЭХО-КГ).

Литература:

1. Курапин Е.В., Баранова Н.С. Вестибулярное головокружение (vertigo). Учебное пособие. Ярославль. 2012;71.
2. Гусев Е.И. //Журнал неврологии и психиатрии. 1998г.98.№11.с.2.
3. Суслина З.А.и др. //Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика. 2-е изд. М.2009.
4. Drachman D.A.//IAMA 1998. V.290. №24. P.2111.
5. Guilemani G.M. et al. //Acta Otolaryngol. 2004. V. 124. №1. P. 49.

МАРКЕРЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Баева А.С., Бедина И.А.

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

Актуальность. Последние десятилетия ознаменовались появлением во всем мире огромного количества научных работ, посвященных изучению влияния чрезвычайных ситуаций на психическое здоровье человека. Стихийные бедствия и катастрофы, как правило, возникают внезапно и сопровождаются одномоментным появлением значительного количества жертв, нуждающихся в медико-психологической помощи. Большинство пострадавших после перенесенной чрезвычайной ситуации восстанавливаются и возвращаются к привычной жизни. Однако, одни индивиды способны пережить дистресс, у вторых меняется модус поведения, у третьих - развиваются психические расстройства, которые в последующем могут оказывать неблагоприятное влияние на их социальную адаптацию. Психические расстройства, возникающие у пострадавших в чрезвычайных ситуациях, служат источником дезадаптации с ее различными проявлениями в виде как психотических расстройств, так и нарушений непсихотического регистра. Многомерность клинических, психологических и социальных проявлений феномена дезадаптации обуславливает необходимость пристального изучения состояний, приводящих к ней.

Цели и задачи. Выделить и изучить психопатологические феномены, определяющие структуру и динамику расстройств, возникающих вследствие чрезвычайных ситуаций, определить комплекс факторов, влияющих на психосоциальную дезадаптацию.

Материалы и методы. В соответствии с поставленными задачами были выделены и изучены психопатологические феномены, определяющие структуру и динамику расстройств, возникающих вследствие чрезвычайных ситуаций, определен комплекс факторов, влияющих на психосоциальную дезадаптацию.

Результаты и обсуждения. Исследование показало, что социальная дезадаптация может быть вызвана двумя видами факторов - средовым и интрапсихическим. В формировании психосоциальной дезадаптации у лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях, участвуют оба фактора – негативное воздействие среды и наличие психических расстройств, обуславливающих психическую дезадаптацию, и приводящих к социальной дезадаптации. Клиническими проявлениями психической дезадаптации выступают тревожно-фобические, депрессивные, диссоциативные расстройства, которые в последующем служат предикторами развития посттравматических стрессовых расстройств. Адаптацию индивида могут нарушать и «дополнительные» стрессоры

чрезвычайных ситуаций: юридические трудности в отношении получения надлежащих компенсаций, сложности с реабилитацией после физической травмы, стигматизация со стороны общества и др. Их негативное влияние в ряде исследований демонстрируется как важный фактор утяжеления и хронификации посттравматических симптомов.

Заключение. Психосоциальная дезадаптация формируется под влиянием целого комплекса психопатологических, биологических и социальных факторов, которые начинают оказывать влияние на пострадавших уже с первых минут возникновения чрезвычайной ситуации. В связи с этим под особым «контролем» специалистов должны находиться «первичные» жертвы ЧС. Раннее выявление стрессовых расстройств и квалифицированная медико-психологическая помощь, оказанная данной категории лиц непосредственно после катастрофы, уменьшает последствия психотравмирующих переживаний, помогает предупредить хронификацию посттравматических расстройств и нарушение адаптации. На отдаленных этапах ЧС важную информацию о лицах, имеющих высокий риск возникновения психосоциальной дезадаптации, могут дать массовые психопрофилактические обследования и мониторинг психического здоровья пострадавших. Следует подчеркнуть необходимость сотрудничества в сфере охраны здоровья пострадавших между психиатрами и врачами первичного звена.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СТИГМАТИЗАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Баева А.С., Бедина И.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ

Москва, Россия

Актуальность. В течение последнего десятилетия, одним из приоритетных направлений психиатрии и здравоохранения в целом является медико-социальная реабилитация больных с психическими и расстройствами. Данная работа включает в себя проведение ряда мероприятий по уменьшению стигматизации и дискриминации в обществе пользователей психиатрической помощи. Однако, господствующие стереотипы, выраженная недоброжелательность и, как следствие, дискриминация душевнобольных в обществе, по-прежнему является основной причиной, препятствующей их интеграции. Значимыми последствиями стигмы являются дистанцирование больного от общества, стремление к диссимуляции психических расстройств, избегание контактов с психиатрическими службами, что в результате сказывается на качестве лечения и социальном функционировании индивида. Сказанное выше наглядно свидетельствует о том, что, несмотря на многочисленные исследования, изучение механизмов стигматизации и факторов, способствующих ее развитию, и в настоящее время не потеряло своей актуальности.

Цель работы. Анализ отечественной и зарубежной научной литературы, посвященной проблеме стигматизации. Изучение современных взглядов на возникновение стигматизации и определение социальных групп, оказывающих влияние на формирование феномена стигматизации.

Материалы и методы. В соответствии с поставленными задачами, были проанализированы 263 источника отечественной и зарубежной литературы, из них 56 источников послужили основой для написания статьи. Изучены и обобщены литературные данные о механизмах формирования стигмы при различных заболеваниях (инфекционных, тяжелых соматических, психических расстройствах). Выделены социальные группы с высокой степенью стигматизации психически больных.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ показал, что феномен стигматизации представляет сложный многоступенчатый процесс, возникающий и реализуемый на индивидуальном, микро- и макросоциальном уровнях. В основе

механизма развития стигматизации лежат недостаточное понимание структуры и динамики психического расстройства, предубеждение о невозможности его излечения, опасение относительно общественной угрозы со стороны душевнобольного. Стигматизации больных с психическими расстройствами и больных с прочими заболеваниями формируются по единому механизму. На степень стигматизации душевнобольных влияют отношение к пациенту членов семьи, медицинского персонала, прочего микросоциального окружения (друзья, близкие знакомые, коллеги). Следствием стигматизации больного могут быть трудности его социальной адаптации и снижение качества жизни, а также низкая приверженность к лечению у психиатра, которая нарушает терапевтический процесс и препятствует выздоровлению пациента.

Заключение. Анализ изученной литературы наглядно продемонстрировал, что вопросы, касающиеся проблемы стигматизации лиц, страдающих психическими расстройствами, до сих пор остаются актуальными. Это определяет необходимость дальнейшего изучения феномена стигматизации, с целью последующей разработки дестигматизационных и реабилитационных мероприятий.

РОЛЬ НЕГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ В РАЗВИТИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Балашова С.В., Соловьева Е.А., Попова Н.И.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Общеизвестно, что период беременности является временем повышенного риска развития нервно-психических нарушений. Распространенность пограничных психических расстройств у беременных женщин выше чем в популяции и составляет по данным разных авторов от 20 до 29% (Мамышева Н.Л. 1995; Захаров Р. И., 2001; Колесников И. А., 2010; Никифорова Т. В.и соавт., 2013). Для беременных с непсихотическими психическими расстройствами характерна высокая частота случаев прерывания беременности 48,7% (Сидоров А.Е., 2003), что в 2,7 раза превышает частоту прерываний беременности у остальных женщин. А у беременных с угрозой прерывания частота невротических расстройств достигает 47,1% (Ефанова Т.С, 2014).

Научные исследования готовности к материнству в последние годы ведется в различных аспектах, в том числе и у беременных женщин. Так Г.Г. Филиппова (2002), изучая психологические факторы нарушения материнства, рассматривает психологическую готовность к материнству как ведущий фактор адаптации к беременности и материнству. В качестве составляющих психологической готовности к материнству ей выделены следующие: ценность будущего ребёнка, себя как матери, материнская компетентность. Формирование готовности к материнству происходит в течении всей жизни и наряду с инстинктивной основой является также и личностном образованием, в котором отражается весь предыдущий опыт её взаимоотношений с окружающими (Брутман В.И., Хамитова И.Ю, 2002).

Нарушение течения беременности по мнению ряда авторов является отражением неготовности женщины к материнству (Коваленко Н.П, 2001; Захаров А.И., 1998, Брехман Г.И,1998). По данным Е.С.Мироновой (2011) у женщин с угрозой прерывания беременности выявляется актуальная неготовность к материнству, которая выражается в незапланированности беременности, неадекватной организации жизненного пространства беременной, деструктивном типе гестационной доминанты, негативных переживаниях беременности и ситуации материнства.

Цель: изучить влияние отношения к беременности и материнству у женщин, ожидающих ребенка, на их психоэмоциональное состояние и характер протекания беременности

Материал и методы. Обследовано 40 беременных женщин в возрасте от 18 до 39 лет. 20 человек экспериментальной группы составили женщины с угрозой прерывания беременности (20 человек). Контрольная группа – здоровые беременные (20 человек). Используются психопатологический, клинико-психологический методы исследования, а также экспериментально-психологические методики: тест отношения беременной И.В. Добрякова (ТОБ), проективный рисуночный тест Г.Г. Филипповой «Я и мой ребенок».

Результаты. У 9 (45%) беременных с угрозой прерывания выявлены невротические расстройства, в то время в группе женщин без нарушений течения беременности таковые обнаружались только у 3 (15%). Из клинических форм у беременных преобладали тревожно-фобические F40 (20%) и соматоформные F45 (15%) расстройства, реже другие тревожные F41 (10%), диссоциативно-конверсионные F44 (10%) и обсессивные F42 (5%) расстройства. Большинство беременных указали в качестве стрессора изменения своего самочувствия (62%), 59% женщин беспокоит недостаток внимания, непонимание со стороны мужа (или близкого, значимого окружения), 53% – тревога за будущего малыша. То есть, в большинстве случаев (75%) беременные определяют для себя главенствующими стрессовыми факторами те, которые связаны с личностным реагированием на ситуацию беременности. Гораздо меньше выявляются факторы, которые обусловлены реагированием на внешними обстоятельствами (25%): перегрузки на работе, финансово-бытовые проблемы.

По методике И.В. Добрякова «Тест отношений беременной» оптимальный тип отношения к беременности обнаружили только три беременные женщины (15%), а неоптимальные типы оставшиеся 17 человек (85%), среди которых преобладали тревожный (45%) и эйфорический (40%) типы отношения к беременности. В то время как среди женщин без акушерской патологии оптимальный тип выявляется значительно чаще в 75% случаев (достоверно значимые различия, $T=3,6$), а тревожный (15%) и эйфорические (10%) типы отношения к беременности относительно редко.

Методика «Я и мой ребенок» выявляет особенности переживания ситуации своей беременности женщиной. Обследуемые пациентки с угрозой прерывания беременности в 50 % случаев обнаруживали тревогу и неуверенность в себе в ситуации беременности, а в 10% женщин эта тревога доходила до конфликта с беременностью. У 75 % здоровых женщин беременность воспринималась как благоприятная ситуация ($X^2=20$, значимые различия), у 15 % выявлены незначительные симптомы тревоги, конфликтности и неуверенности в себе и лишь у 10% беременность явно вызывала тревогу ($X^2=18,4$).

Заключение. Невротические расстройства у беременных женщин являются результатом актуальной психологической неготовности к материнству и способствуют развитию угрозы прерывания беременности

Литература:

1. Захаров, Р. И. Особенности психических расстройств при гестозах: клиника, психотерапевт. коррекция, профилактика : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Р. И. Захаров ; [Новосиб. гос. мед. акад.]. – Новосибирск, 2001. – 17 с.
2. Ефанова, Т.С. Психические расстройства и качество жизни беременных с угрозой невынашивания: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Т.С. Ефанова; [«Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН]. – Томск, 2014. – 25 с.
3. Коваленко, Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: перинатальная психология, медико-социальные проблемы / Н. П. Коваленко ; Санкт-Петербург. гос. ун-т. – СПб. : [СПбГУ], 2001. – 318 с
4. Колесников, И. А. Особенности психопатологических проявлений депрессий у беременных женщин / И. А. Колесников // Перинатальная психология и психология родительства.– 2007. – № 4. – С. 23-27.

5. Миронова, Е.С. Психологические факторы неготовности к материнству (на примере женщин с угрозой прерывания беременности): автореф. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.01 / Е.С. Мамышева ; Башк. гос. пед. Ун-т им. М. Акмуллы.- Москва, 2011.- 24 с.

ВЛИЯНИЕ ДИСГАРМОНИЧНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ВНУТРЕНнюю КАРТИНУ БОЛЕЗНИ

Балашова С.В., Нечет Р.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Соматоформные расстройства (СФР) часто сочетаются с личностной патологией. Исследователи расстройств личности указывают на особую приверженность соматовегетативным нарушениям таких личностей как зависимые и псевдозависимые, заторможенные и активные, незрелые истерические, нарцисстические и параноидные, сезитивные шизоидные и склонные к примитивному магическому мышлению, циклоидные и тревожные, внушаемые и со склонностью к образованию навязчивостей (J.M. Harl, 1958; K.Kuhle, 1986; R.Lohmann, 1986; В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева, 1999). По мнению А.Б.Смулевича (2000) для развития СФР большое значение имеют акцентуации соматопсихической сферы. К их основным проявлениям принято относить врожденную склонность к разного рода соматоформным реакциям. Они могут быть как факультативными, так и присущими личности на протяжении большей части жизни. Автор выделяет два вида акцентуаций: соматопатия и соматотония.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) при СФР представляет собой совокупность переживаний, представлений и смыслов в связи с имеющимися наличием функциональных соматических симптомов. Внутренняя картина болезни включает результаты самонаблюдения, представление о причинах, сложные состояния восприятия, эмоций, аффектов, конфликтов.

Цель исследования: изучить влияние дисгармоничности черт характера на внутреннюю картину болезни больных с соматоформными расстройствами

Материал и методы. Обследовано 37 человек с соматоформными расстройствами (F45) в возрасте от 20 до 56 лет. Основная группа 16 человек – пациенты с расстройствами личности (F60) в сочетании с акцентуациями соматопсихической сферы (соматопатия и соматотония). Группа сравнения 21 пациента с СФР, чьи личностные черты рассматривались как сбалансированные. Использованы психопатологический, клинко-психологический методы, и экспериментально-психологическая методика «Семантический дифференциал» Эта методика измеряет уникальные значения, которые понятия «Болезнь» и «Здоровье» приобрели для обследуемых в процессе переживаний по поводу соматических дисфункций, и позволяет получить количественные характеристики эмоционального отношения пациента к его болезненным проявлениям, что отражает внутреннюю картину болезни.

Результаты. Расстройства личности в основной группе были представлены следующими типами: истерическое F60.4 - 4 чел. (10,8%), ананкастное F60.5 - 3 (8,1%), тревожное F60.6 - 3(8,1%), эмоционально неустойчивое F60.3- 3 (8,1%), параноидное F60.0 -2 чел. (5,4%), шизоидное F60.1 - 1 чел (3%). Соматопатия (Шнайдер К., 1923) обнаружена у 11 больных (32,4 %). Это вариант астенических психопатий с симптоматической лабильностью и вазовегетативными нарушениями, а также ипохондрическим самоконтролем и боязливым самонаблюдением. Соматотония, вариант акцентуации стеничного круга (Шелдон В., 1942), у лиц с повышенной чувствительностью к своему соматическому самочувствию, живущих интересами тела, с любовью к физическим нагрузкам и занятиям спортом, найдена у 5 больных (13,8 %).

Особенностью ВКБ у лиц с акцентуациями соматопсихической сферы является то, что они воспринимают преимущественно полярные телесные ощущения (например, насыщение или голод, насыщение приятно, голод неприятен). Промежуточные ощущения просто дискомфортные или немного приятные (например, тяжесть в теле, усталость или небольшая расслабленность, легкость) не распознаются. Даже легкие дискомфортные ощущения, которые являются сигналами усталости или повышенного напряжения, либо не воспринимаются вообще (пациенты не могут их распознать, не замечают) либо воспринимаются как болезненные.

По данным семантического дифференциала у больных СФР с дисгармоничными чертами показатели «Сила болезни» (СБ=1,54) выше, чем у лиц с гармоничными чертами характера (СБ=0,45), а все показатели здоровья («Оценка здоровья», ОЗ=0,25, «Сила здоровья», СЗ= 0,39 и «Активность здоровья» АЗ=1,1) гораздо ниже, чем у больных с гармоничной структурой характера (соответственно ОЗ=2,6; СЗ=1,8; АЗ=1,45). Достоверно значимые различия обнаружены по факторам «Оценка здоровья», «Сила здоровья».

У больных с соматопатией низкий уровень показателей по всем факторам здоровья объясняется сформированным в детстве представлением о себе как о физически слабом, мало выносливом, склонным к болезням существе. Любые дискомфортные ощущения, которые для других людей являются естественной реакцией тела на повседневные нагрузки и самостоятельно проходят после отдыха или переключения на другой вид деятельности, пациенты с соматопатией воспринимают как признак возможной болезни.

Для лиц с соматотонией низкие значения здоровья связаны с неудовлетворенностью своими физическими возможностями. Их перфекционизм, желание достичь идеального здоровья приводит к тому, что воспринимают свое нынешнее здоровье как недостаточно крепкое, а даже небольшие дискомфортные ощущения как угрожаемые.

Заключение. Дисгармоничные личностные черты способствуют формированию искаженной внутренней картины болезни у больных с соматоформными расстройствами, что затрудняет лечение этих нарушений. В психотерапии больных с СФР необходимо не только проводить коррекцию искаженной ВКБ, но и учитывать выраженность дисгармоничных черт личности.

Литература:

1. Балашова С.В. Переживание болезни. Внутренняя картина болезни и психосоматическая ситуация при соматоформных расстройствах: монография. – Оренбург: ОрГМА, 2014. - 232с.
2. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. – М., Изд-во «Триада-Х», 1999. -266 с.
3. Дереча В.А. Психология и психопатология личности/В.А. Дереча. – Оренбург: дизайн-студия, 2006. -257 с.
4. Иванов С. В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия: Дис. докт. мед. наук / Рос. акад. мед. наук. – М., 2002. – 297с.
5. Смулевич А.Б. Психогении и невротические расстройства, выступающие в рамках динамики психопатий // Психиатрия и психофармакотерапия, 2000. - № 4, том 2. – С. 99-101.

ОСОБЕННОСТИ НАРЦИССИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ

Бардюркина В.А.¹, Антохин Е.Ю.¹, Харин П.В.¹, Ульянова Ю.А.²

¹ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»

Оренбург, Россия

Нарциссические расстройства создают основу для развития многих психологических проблем [1,2], настоящего времени остаются практически неизученными такие патогенетические факторы при неврозах, как механизмы нарциссической регуляции личности, их роль не только в качестве протекторной, но и патопротекторной функций [3].

Цель работы: изучение нарциссической регуляции личности у больных неврозом.

Материалы и методы исследования. Было исследовано 47 пациентов с неврозом, находившихся на стационарном лечении в отделения неврозов и психотерапии ООКПБ№1 (средний возраст 41,9 лет), в их числе 13 (27,7 %) мужчин и 34 (72,3 %) женщины. Группа сравнения включала 30 условно здоровых людей (средний возраст 44,2 лет), из них 8 (26,7 %) мужчины и 22 (73,3 %) женщины. Из исследования исключались больные с выраженной соматоневрологической симптоматикой, а также больные с сопутствующим диагнозом алкогольной и/или наркотической зависимости. Были использованы клинко-психологический (беседа, наблюдение); клинко-психопатологический (клиническая оценка состояния, опросник SCL-90-R); экспериментально-психологический (Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA) [4], тест оценки нарциссизма F.-W.Deneke, V.Hilgenstock); статистический метод (методы описательной статистики, U-критерий Манна-Уитни. Статистически достоверными принимались результаты на уровне значимости $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение: статистически значимые различия между группами установлены по показателям следующих шкал SCL-90-R: обсессивность-компульсивность, депрессия, тревога, фобическая тревога, психотицизм, GSI (индекс выраженности симптоматики). Установлены достоверные различия в группах по показателям шкал теста ISTA: конструктивная, дефицитарная агрессия, деструктивная, дефицитарная тревога, дефицитарное внешнее Я-отграничение, дефицитарное внутреннее Я-отграничение, деструктивный нарциссизм, деструктивная сексуальность. Между группами существуют достоверные различия по шкалам теста оценки нарциссизма: «Бессильное Self» «Потеря контроля эмоций и побуждений», «Архаический уход», «Симбиотическая защита Self», «Ипохондрическая защита от тревоги», а также по показателям ИФСС (индекс функционирования Self-системы), у основной группы индекс выше, чем у группы сравнения.

Также были установлены взаимосвязи между симптоматической конфигурацией обследуемых и структурными компонентами нарциссической регуляции: нарушение таких параметров нарциссической регуляции как «Социальная изоляция», «Архаический уход», «Нарциссическая выгода от болезни», «Грандиозное Self», «Обесценивание объекта» «Дереализация/Деперсонализация», «Бессильное Self», «Негативное телесное Self», «Ипохондрическая защита от тревоги» отражают нарушение системы отношений человека, что является основой невроза [5] и реализуется в таких клинических проявлениях как межличностная чувствительность, тревожность, депрессия, паранойяльность, враждебность.

Высокий уровень социальной изоляции у больных неврозом, определяет высокий уровень депрессии, межличностной чувствительности, психотизма и паранойяльности у данного контингента пациентов. Чем более нарушена самоорганизация и саморегуляция личности (параметр «Бессильное Self»), тем выше межличностная чувствительность, обсессивность и компульсивность, депрессивные проявления, тревожность, паранойяльность, психотизм. Враждебность во многом определяется негативным

отношением к себе, своему телу. Деструктивные и дефицитарные компоненты нарциссической системы взаимосвязаны с межличностной сенситивностью, паранойальностью, а также с общим индексом выраженности симптоматики GSI. Конструктивные компоненты нарциссизма с клиническими проявлениями не коррелируют. Следовательно, нарушение нарциссической регуляции приводит к появлению клинической картины невротического расстройства. Причем учитывая характер связи, чем выше деструктивность и дефицитарность функций, тем более выраженными будут невротические проявления. Тот факт, что для лиц условно здоровых не характерны, перечисленные выше особенности больных неврозом, указывает на то, что данные особенности во многом определяют наличие страдания и, что нарушение нарциссической регуляции приводит к появлению невротической симптоматики.

Таким образом, были исследованы особенности нарциссической регуляции у больных неврозом, их взаимосвязь с психопатологическими проявлениями заболевания. Полученные результаты могут способствовать оптимизации психотерапевтического процесса, проводимого в рамках комплексной терапии, путем более дифференцированного подхода в рассмотрении «мишеней» психотерапии.

Литература:

1. Залуцкая Н.М. Индекс функционирования Self-системы / Залуцкая Н.М., Вукс А.Я., Вид В.Д.- СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2003.- 47с.
2. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. // Пер. с англ. – М.: «Класс», 1998.
3. Зайдлер Г. Клинические аспекты нарциссизма.// Ж.Московский психотерапевтический журнал. М.,1997,2 - С.25-37.
4. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб. – 1996г., 197 с.
5. Психотерапия // Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Изд. «Питер», 2000. – 200 с.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Бомов П.О.¹, Будза В.Г.², Хотькина О.С.³

¹ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» МЗ РФ

Санкт-Петербург, Россия;

²ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия;

³ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
Санкт-Петербург, Россия

В последние годы отмечается стремительный рост аффективных (депрессивных) расстройств в общей структуре психических нарушений. В связи с увеличением доли пожилых людей в популяции, частота возникновения патологии этого спектра также возросла.

Цель исследования: выявить клинические особенности депрессивных расстройств у больных позднего возраста (с дебютом после 45 лет).

Материал и методы исследования: в исследование были включены 20 пациентов с синдромом депрессии (тоскливой, тревожной, апатической) в возрасте от 52 до 69 лет (22 женщины и 8 мужчин). Длительность заболевания у большинства больных была от 1 до 30 лет. Пациенты обследовались дважды: при поступлении и после купирования основных психопатологических расстройств. Для обследования больных использовали клинко-анамнестический, клинко-психопатологический метод, шкалу Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, 1960), краткую шкалу оценки психического статуса (Minimal State Examination, MMSE, 1975).

Анализ результатов проведенного нами исследования показал значительное преобладание пациентов женского пола над мужским. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений. Только лишь у 3 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 4 пациентов в структуру аффективного синдрома были включены бредовые идеи депрессивного содержания (самообвинения, самоуничужения). Большинство пациентов имели умеренную выраженность депрессивного синдрома (54%), выраженные расстройства были констатированы у 20% больных, легкие – у 26%.

Указанные клинические особенности пациентов с позднеговозрастными депрессиями помогут, на наш взгляд, более квалифицированно осуществлять как психофармакологические, так и, в дальнейшем, психосоциальные вмешательства, что приведет к сокращению срока пребывания больных в стационаре, снизит возможность появления побочных эффектов терапии и будет способствовать адекватному прогнозированию исхода болезни.

ВРЕМЯ СЕМЬИ, ВЫЗВАННОЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКОЙ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОГО

Борисоник Е.В., Любов Е.Б., Паршин А.Н., Цупрун В.Е.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, отдел суицидологии,
Москва, Россия

Актуальность. Суицидальный акт является сильным психогенным фактором, оказывающим сильное воздействие на близких суицидента. Влияние суицидальной попытки на родственников мало изучено.

Цель и задачи работ. Изучение эмоционального бремени родственников, динамики состояния близких суицидентов. Анализ факторов риска, влияющих на выраженность бремени семьи после суицидальной попытки (в дальнейшем СП).

Материалы и методы. Для сбора данных было разработано полуструктурированное интервью с основными тематическими блоками: семейный контекст СП, субъективное бремя (первые эмоциональные реакции на СП и их динамика), причины СП глазами родственников, трудности с которыми родственники столкнулись после СП. На основе полученных данных был проведен феноменологический анализ переживаний родственников суицидентов. Нами проанализировано четверо респондентов переживающих СП члена семьи (трое матерей и муж в возрасте от 33 до 63 лет). Набор респондентов происходил на базе Городской клинической больницы №20 в Кризисном стационаре.

Результаты и обсуждение. Бремя включает в себя эмоциональные, физические, социальные и психологические проблемы, возникающие после СП. Ограничения на семью накладывают финансовые трудности: последствия суицида требуют дорогостоящего лечения, близкие и сам суицидент часто не могут работать из-за тяжелого эмоционального и физического состояния. Другой важной составляющей бремени является эмоциональное бремя, проявляющиеся в чувствах вины, стыда, страха и тревоги за состояние близкого.

Первое что испытывают родственники это эмоциональный шок. Для всех респондентов СП была неожиданной. *Вдруг требовательный стук в дверь- соседка: "М. (имя суицидентки) в снегу". Какая М.?" Я не поняла тогда, был крик "прости мама"* (здесь и далее цитаты респондентов выделены курсивом; суицидентка выбросилась из окна пятого этажа). При этом люди знали о наличие психического диагноза у родственника и отмечали изменения в его самочувствии перед попыткой. *Глаза совсем другие, много курит.* Шок более выражен, если отношения в семье отдаленные и близкий

не знает, что на самом деле происходит с человеком. Родственники отмечают, что понимают, что СП может повториться, но не верят, что это снова произойдет именно с ними. Они доверяют словам суицидента. *Она может сказать, «я не хочу жить, но я ничего никогда не сделаю», ну потому, что я же не вынесу этого.* Как и другие люди, родственники суицидентов подвержены различным мифам о самоубийствах: *"Боялась, но не верила. Об этом не говорят, берут и делают, кто хочет уйти из жизни. Если он об этом говорит много, то вряд ли"*. Внимание родственников иногда смещается на физические проблемы, возникающие у суицидента после попытки, что приводит к новому потрясению, если у суицидента снова появляются психологические проблемы.

На смену эмоциональному шоку приходят другие эмоции. Родственники подвержены разнообразным страхам: за жизнь суицидента, боятся постановки психического диагноза, что их близкий будет принимать таблетки всю оставшуюся жизнь и т.д. Помимо этого родственники чувствуют свою вину, они обеспокоены, могли ли они что-то изменить, действия после попытки кажутся им не правильными. Родственникам стыдно, что это произошло в их семье. Стигматизация со стороны общества лишает эмоциональной поддержки. *Стыдно перед друзьями, об этом нормально говорить?.* Близким людям родственники боятся рассказать, боясь их встревожить. В целом, люди не видят смысла рассказывать о чем-либо, ситуация кажется очень тяжелая, и просто рассказ о ней ничем не поможет. *Не вижу смысла, мне никто ни чем не поможет.* Это приводит к чувству одиночества. Часто у этих людей поиск социальной поддержке не развит как копинг и, сталкиваясь с другими проблемами ранее в своей жизни, они редко обращались за помощью. Основной мотивацией к встрече с психологом, является не улучшение собственного состояния, а надежда, что это как-то косвенно поможет близкому.

Родственники находятся в группе риска развития соматических и психических заболеваний. Помимо эмоциональных проблем, они жалуются на физические симптомы: проблемы со сном, едой, переутомление, боли в сердце и т.д. *Я сама очень устала, я себя чувствую, у меня наверное тоже какая-нибудь депрессия.* Эмоциональный накал может приводить к антивитальным переживаниям у самих родственников.

Длительность этих переживаний зависит от ряда факторов. С одной стороны это особенности горюющего, возможность использования им адекватных копинг-стратегий, отсутствие психического заболевания. В то же время динамика состояния зависит и от самочувствия самого суицидента, типа пост суицида и последующей динамике его состояния. Состояние родственников легче, если они видят позитивные последствия ситуации: отношения стали более доверительными, или это позволило обратиться за профессиональной помощью и т.д.

Выводы. После суицидальной попытки на родственников суицидента ложится бремя, связанное в первую очередь с тяжелыми эмоциональными последствиями: близкие суицидента испытывают чувство вины, отчаянья, тревоги и одиночества. Меньшая часть бремени связана с объективными составляющими: финансовыми трудностями, ухудшениями физического здоровья. Динамика состояния зависит от особенностей совладающих стратегий родственников, возможности получения ими эмоциональной и социальной поддержки и состояния суицидента.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Будза В.Г.¹, Антохин Е.Ю.¹, Палаева Р.И.¹, Козлов Я.С.¹, Медик И.А.², Титова Н.В.²

¹ ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ

² ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»

Оренбург, Россия

Этиология большинства психических заболеваний пресенильного и сенильного возраста - сосудистых, атрофических, "функциональных" остается малоизученной. По

отношению к ряду болезней не выполнено основное предварительное условие для определения этиологической причины - точная дифференциация форм по симптоматологии, течению, патоморфологии.

Но и в тех случаях, когда пожилой человек болеет психозом с известной этиологией, например, прогрессивным параличом, остается неясным, почему заболел именно он из многих людей, подвергшихся вредности - в нашем примере зараженных сифилисом. Не ясно, почему у одного старика болезнь проявляется одними симптомами, у другого - другими, почему она приобретает разное течение. Этиологическая причина этого не объясняет. Вопросы структуры психоза, детерминант, факторов симптомообразований в патологии пожилого возраста особенно существенны. В частности, значение возраста в формировании психопатологических картин не может быть определено до того, пока не ясна роль других факторов, других детерминант.

Попытки выяснить факторы психоза, лежащие за пределами основной этиологической причины делаются с самого возникновения научной психиатрии. Еще С.С. Корсаков разделял производящие и предрасполагающие причины психоза. Попытка систематизации детерминант психоза в двадцатых годах нашего столетия была сделана Кречмером и Бирнбаумом, выдвинувшими концепции полидименционального диагноза и построения психоза. Бирнбаум, стремясь оставаться в рамках нозологии, выделял "единицы второго порядка", характеризующие формирование клинической картины: патогенетические факторы и симптомы, стоящие в непосредственной связи с основной причиной психоза и патопластические, отражающие причины и условия, неспецифические для данной болезни, выходящие за пределы ее этиологии.

В отличие от Бирнбаума, Кречмер противопоставлял концепцию полидименционального диагноза нозологическому принципу. Основные плоскости измерения, в которых лежат движущие силы психоза - органические изменения, переработка переживаний. Факторы, действующие во всех измерениях, рассматривались Кречмером как равноценные. Нозологические границы форм, так же как границы между психическими реакциями и болезнью в его концепции стираются.

И. Кречмер и Бирнбаум переоценивали значение наследственно-конституционального фактора, рассматривая эндогенное в психозе как непосредственное выражение неизменного, наследственного задатка.

Несмотря на эти ошибки, работы Кречмера и, особенно Бирнбаума, содействовали выяснению генеза симптомов, утверждению взгляда на психоз, как результат сложного взаимодействия многих факторов, а с этим - усовершенствованию диагноза, его индивидуализации, конкретности, учету внутренних механизмов картины. Структурный анализ уже с начала 20-х годов прошлого века - со времени первых работ Ф. Керера (1921), работ де Монки (1922), Р.Е. Люстерника (1937), привлекается для объяснения психоза пожилого возраста. Его первостепенное значение в геронтологической психиатрии, подчеркивают и ряд более поздних авторов, в том числе и современных (Петрилович, 1964; Шиммельпеннинг, 1965; Шахматов Н.Ф., 1980, Robin Jacoby с соавтр., 2003, Гаврилова С.И., 2011). Без раскрытия этиологической структуры - совокупности внешних и внутренних (биопсихосоциальных) факторов, которые, действуя в единстве, определяют возникновение и картину психоза, придают те или иные направления паталогическому процессу, определяют характер реакций, невозможно понимание ни роли возраста, ни клинических выражений болезни вообще.

Следует со всей ясностью отдавать себе отчет в том, что выделение доступных нашему познанию факторов, участвующих в формировании болезни и установление их взаимосвязи не может заменить недостающих сведений об этиологии в узком смысле. Множественность этиологии не позволяет отнести эти психозы ни к эндогенным, ни к психогенным, ни к соматогенным - хотя все эти моменты и каждый из них участвует в формировании психоза. Однако, обнаружение действующих вредностей не есть еще раскрытие этиологической причины, в существе она остается неясной; признание болезни

"полиэтиологичной" иногда определяется недостатком знаний об ее истинной этиологии. Анализ детерминант клинической картины - причин и условий, действующих при психозах пожилого возраста не заменяет определения этиологии, в узком смысле - в этом отношении ему принадлежит лишь подготовительная роль. Он (анализ) должен использоваться с целью выяснения всех моментов, влияющих на симптомообразование и течение. При этом мы можем оставить в стороне основной этиологический фактор (в том случае, если он неизвестен), без которого болезнь не могла появиться, и выделить другие - патопластические факторы, осложняющие, усиливающие патологические явления, изменяющие их картину. В частности, путем сравнения картин одной и той же болезни у молодых и старых людей, можно определить значение возраста. Подобным образом выясняются все другие обстоятельства экзогенного и эндогенного порядка, влияющие (в том числе в благоприятном смысле) на болезнь.

В какой бы области клинической медицины врач не работал, в поисках детерминант болезненной картины он должен обращаться к особенностям самого организма, особенностям "почвы". "Почва" - комплекс факторов биологического и психического порядка, существовавших до болезни, которые придают то или иное направление патологическим процессам, определяют характер реакций индивида. Сюда относятся эндогенная предрасположенность, предшествующая экзогении, психические и физические особенности человека. Таким образом, "почва" - вся совокупность преморбидных свойств, могущих иметь значение как в патогенезе, так и в саногенезе.

Переходя к оценке каждого из этих факторов, остановимся прежде всего на значении самого возраста. Этот вопрос решался главным образом на 1) клиническом уровне - выяснилось, какие именно симптомы и формы течения более свойственны больным пожилого возраста и на этой основе устанавливались клинические закономерности общей геронтологической психиатрии; другой уровень - 2) патогенетический, который предусматривает выяснение механизмов, особенностей биологической и церебральной реактивности, лежащих в основе этих клинических закономерностей. В этом направлении мы продвинулись мало.

Обобщение о влиянии возраста на картину психических заболеваний хотя и были сделаны, главным образом, в 30-40 годах нашего столетия Ф. Керером, А. Бостремом, Груле, С.Г. Жислиным, однако, они актуальны и в настоящее время. Ф. Керер (1939), систематизируя данные о влиянии инволюции на различные психические заболевания, т.е. о возрастной "нозопластике", говорил, что поздний возраст может повлиять: а) на развитие экзогенного процесса (например, содействовать сокращению инкубационного периода при прогрессивном параличе), б) на течение этого процесса (например, обусловить более благоприятное течение шизофрении). В оформлении клинических симптомов возраст (по Кереру) может сказаться: а) обеднением симптоматики - тем, например, что прогрессивный паралич проявляется однообразными ипохондрическими симптомами, или - оскуднением картины эпилепсии; б) обогащением (усложнением), расширением симптомов, например, прибавлением тревожности или мегаломанического бреда к депрессии; в) особой окраской симптомов, которая определяет, например, сходство (случаев лобно-височной атрофии Пика в старческом возрасте с сенильной альцгеймерского типа или атеросклеротической деменцией, как это следует из наших работ - Рахальский Ю.Е., Будза В.Г., 1973, 1990.

А. Бострем (1938) и Свенгер (1964) также указывали, что инволюция, наряду с патопластическим, оказывает провоцирующее и усиливающее болезнь действие. А. Бострем говорил о повышенной готовности к телесным заболеваниям - у пожилых мужчин в силу сосудистых, а у женщин - гормональных нарушений. Другими моментами, определяющими влияние инволюции на психические заболевания, являются: 1) повышенная ранимость психической сферы, возможность психогенного возникновения разных расстройств, а не только психогений в узком смысле, 2) выявление скрытой предрасположенности, придающей окраску психозу, 3) сгущение таких психологических

свойств, как чувство изоляции и одиночества, тревожность, недоверчивость, склонность к ипохондрии, сужение интересов, косность вплоть до формирования патологического характера. В дальнейшем рядом авторов и прежде всех С.Г. Жислиным (1965) представления о патоформирующем действии возраста были значительно расширены.

Патоформирующее значение пресенильного («среднего» и «пожилого») и сенильного возраста по данным многих авторов и нашим различно (Снежневский А.В., 1940, 1949; Жислин С.Г., 1949; Рахальский Ю.Е., 1964; Будза В.Г., 1973, 1990; Штернберг Э.Я., 1977; Шахматов Н.Ф., 1993): для сенильного возраста более всего характерно снижение большинства реакций - нейродинамических, эндокринных, обменных, иммунологических - склонность к деструкции мозговой ткани; в пресениуме, наряду со снижением выступает извращение реактивности, особенно заметное в эндокринно-вегетативной сфере. Пресенильная психическая нозология поэтому чаще возникает у женщин с характерными для них климактерическими и постклимактерическими расстройствами в этой сфере; мужчины тоже не свободны от эндокринных и вегетативно-сосудистых сдвигов, составляющих в частности симптомокомплекс "мужского климакса". Пресенильный возрастной криз, подобно пубертатному кризу может содействовать возникновению различных психозов, в частности, шизофрении (Розенберг А.З., 1939). Отличия "почвы" в разные возрастные периоды достаточно определенно сказываются в симптоматике одних и тех же болезней: например, шизофрения в пресениуме протекает с выраженными аффективными симптомами, в сенильном возрасте этих симптомов она не имеет, а проявляет себя быстрым нарастанием образного парафренного бреда (Штернберг Э.Я., 1977). По нашим наблюдениям (Рахальский Ю.Е., 1964) при атеросклерозе в сенильном возрасте чаще бывают состояния деменции «псевдосенильного типа», в пресенильном - депрессивные картины, сенильный возраст в совокупности с другими факторами обуславливает псевдоальцгеймеровские варианты болезни Пика, сосудистой деменции (Будза В.Г., 1973, 1990).

Говоря о эндокринно-вегетативных изменениях у женщин в пресениуме, мы уже коснулись пола - условия, также относящегося к факторам "почвы". Значение этого фактора сказывается, в частности, преобладанием женщин при большинстве болезней, характерных для периода инволюции: болезнях Пика и Альцгеймера (Сьегрен Т.С. с соавт., 1952; Штернберг Э.Я., 1967, 1977; Будза В.Г., 1973), болезни Альцгеймера с поздним началом, сенильной деменции (А.В. Снежневский, 1949; Будза В.Г., 1990), психотических состояниях атеросклеротической природы (Рахальский Ю.Е., 1964), не говоря уже о пресенильном психозе, свойственном - за небольшим исключением - только женщинам (Шахматов Н.Ф., 1990).

Однако лишь часть моментов, определяющих влияние пола, относятся к биологическим, анатомо - физиологическим особенностям и к связанной с ними соматической патологии. Другие моменты - различные у мужчин и женщин - обстоятельства жизни, психологическая ситуация, физические и психические экзогении.

Среди биологических факторов должно учитываться генетические отклонения, наследование которых сопряжено с полом. Они предполагаются как при атрофических процессах позднего возраста, так и при инволюционных психозах, которыми, как мы сказали, чаще болеют женщины.

В оценке нейроэндокринных расстройств, предрасполагающих стареющих женщин к психическим нарушениям, последние десятилетия внесли изменения. В частности, изменился прежний взгляд на роль климакса в происхождении пресенильного психоза. Практика показала, что в большинстве случаев типичный пресенильный психоз - депрессия или параноид - наступает через несколько лет после того, как прекращаются менструации и признаки климакса - "приливы" - проходят. Изменилось и само понимание патофизиологических механизмов - с "гормональной интоксикации", внимание исследователей смещается на дисфункции диэнцефальных отделов мозга. Свойственные многим женщинам в пресениуме явления эндокринного психосиндрома в значительной

мере обусловлены (как считал и сам М. Блейлер, 1954) изменениями функций гипоталамической области. Склонность к диэнцефальным нарушениям проявляется под влиянием добавочных, в частности, психогенных воздействий как в периоде климакса, так и некоторое время после него. По Р. Kielholz (1960), пресенильная депрессия возникает не в результате регрессивных эндокринных процессов в сексуальной сфере, а вследствие психогенных воздействий в сочетании с процессами в центральной нервной системе, вероятнее всего, в диэнцефальных ее отделах, которым предшествуют изменения в половых железах. Нарушение терморегуляции, сна, лабильность сосудов в сочетании с невротическими симптомами, которые мы видим при пресенильной депрессии (особенно они заметны в инициальном периоде и при ослаблении тревожно - тоскливого аффекта), можно наблюдать у женщин среднего и молодого возраста ("невротическая", "диэнцефальная" депрессия). Сама по себе особая наклонность женщин пресенильного возраста к депрессии, которая явствует из всех статистических сопоставлений, является косвенным свидетельством частоты диэнцефальных нарушений у них, поскольку сама депрессия, по современным представлениям, так или иначе связана с диэнцефальным отделом мозга и прилегающими к нему структурами. Сравнительные исследования сотрудниками нашей кафедры 60 больных женщин с диагнозом пресенильной меланхолией с 90 женщинами, страдающими маниакально – депрессивным психозом в раннем возрасте не обнаружили значимой разницы по следующим факторам: преморбидом, наследственной отягощенности, связи психоза с климаксом, экзогенными вредностями, клиническими особенностями и психозом. Это обстоятельство вызывает сомнения о связи развития пресенильной депрессии только с эндокринным регрессом (Минеевым А.Н., 1979).

Мы говорили, что, оценивая значение пола, как фактора, влияющего на возникновение и клиническое оформление психических нарушений пожилого возраста, приходится учитывать не только биологические моменты, но также различия в условиях жизни мужчин и женщин. Экзогении, относительно типичные для мужчин - алкоголизм, травмы черепа, не предрасполагают, заметным образом, к возникновению собственно инволюционной патологии. Говорят о способствующей атеросклерозу роли травмы; при алкоголизме она признается не всеми, И.В. Давыдовский (1966) ее отрицает. Но симптомообразующее, патопластическое этих двух "мужских" экзогений при заболеваниях пожилого возраста велико. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, нередко встречаются случаи делирия после атеросклеротического расстройства мозгового кровообращения, преморбидный алкоголизм обуславливает злокачественность течения и атипизм клинических проявлений в случаях атрофии пресенильного и сенильного возрастов, сосудистая или атрофическая деменция может возникнуть вслед за обострением "общечеребральных" нарушений у мужчины, перенесшего ранее травму черепа (Рахальский Ю.Е., 1957, 1964; Будза В.Г., 1977, 1990).

Среди экзогенно-средовых воздействий у женщин особое место занимают моменты психического порядка. Сюда относятся как собственно психические травмы, так и вся психологическая ситуация. Следует указать на большее значение фактора одиночества - в силу некоторого преобладания числа женщин в населении старшего возраста, часть из них остаются не замужем. Среди женщин старшего возраста больше вдовствующих - средняя продолжительность жизни у мужчин меньше, чем у женщин. Смерть детей и близких, другие житейские невзгоды в большей степени затрагивают интересы женщин, не говоря уже о большей их чувствительности к такого рода травмам. Чаше и сильнее, чем у мужчин, женщины страдают от конфликтов в семье - таких, в частности, как пьянство, неверность мужа. В пожилом возрасте сказывается кумулятивный эффект этих отрицательных влияний, продолжающихся в течение многих лет совместной жизни (Друзь В.Ф. и др., 2015; Будза В.Г., Антохин Е.Ю., 2011).

Несмотря на то, что вопрос о наследственности при психозах пожилого возраста стал в последние года привлекать к себе большое внимание, бесспорных данных о ней

пока еще мала. Это, в первую очередь, связано с трудностями объективного выяснения семейного анамнеза старых людей; сверстники и родители их уже умерли, а более молодые члены семьи мало знают о предшествующих поколениях. Мнение Меггендорфера о наследственной передаче сенильной деменции как-будто находило подтверждение в исследованиях близнецовых пар (О. Хорст, 1960). Они показали, что сенильная деменция возникает у обоих монозиготных близнецов в 43%, у обоих дизиготных — в 8 %. Однако, L. Jarvik (1980) опровергает эти данные, обнаружив конкордантность по сенильной атрофии из 80 пар монозиготных близнецов только у 4, т.е. у 5%, а у дизиготных 1,25%, что не обуславливает достоверной разницы. Достаточных по количеству наблюдений и по диагностической достоверности исследований пока еще не сделано; также не определены данные о наследственности пресенильного психоза. После работ Сьегрена с соавторами (1952), изучавших распространение болезни Альцгеймера и Пика (лобно-височная атрофия) в относительно стабильных контингентах шведских городов, все больше утверждается взгляд на болезнь Пика как на наследственную. Несмотря на то, что большинство наследственных заболеваний возникает в детском или молодом возрасте, проявления врожденной (унаследованной) диспозиции не ограничено во времени и ряд патологических состояний возникает на пороге старости, в частности, болезни обмена - диабет, подагра. Поэтому наследственный характер болезни, даже проявляющейся в конце жизни, такой как сенильная деменция альцгеймеровского типа, не является принципиально невозможным. Аналогия с наследственными болезнями обмена позволяет понять, что наследственная готовность к поздним психозам может сохраняться на всю жизнь и что для реализации такой готовности важны не только годы сами по себе, но и накапливающиеся с годами внешние влияния. Расстройства обмена манифестируют не только потому, что больные достигли определенного возраста, но и благодаря влиянию нарушений режима питания в течение предшествующей жизни и других факторов.

Уже давно отечественными и зарубежными авторами наследственность привлекалась для объяснения психических состояний "эндогенного" типа при болезнях пожилого возраста. В 1950 г. Лехнер высказал мнение, что параноидные, маниакальные, депрессивные психозы при атеросклерозе, так же как при сенильной деменции, обусловлены поздними манифестациями наследственных психозов, маниакально-депрессивного и шизофрении. Не разделяя этой крайней точки зрения, ряд авторов все же признает, что в семьях больных, у которых имеют место поздние психозы с "эндогенной" симптоматикой, отягощенность психическими заболеваниями и психопатиями больше. Кашима (1967) исследовал 161 больного, с психозами, начавшимися после 40 лет. Он обнаружил, что среди больных органической группы эндогенные психозы у родственников встречались только тогда, когда у самих больных бывали психотические симптомы - бред и галлюцинации. Он считает, что наследственное отягощение (доминантная наследственность) при поздних шизофрении и циркулярном психозе выражено больше, чем при этих болезнях во - обще. При поздних формах эндогений он считает возможным говорить об особых генах с поздним сроком манифестации. Наше исследование 690 больных атеросклерозом и 324 больных с атрофией головного мозга (1964, 1973, 1990) показало, что в отношении наследственности больные с разными формами нарушений психики отличаются между собой не очень резко. В случаях сосудистого процесса выше всего неспецифическая психопатологическая отягощенность оказалась при галлюцинаторно-бредовой форме - 12 %, но эта цифра была всего на 2 % выше процента отягощенности при атеросклеротической деменции. При атрофиях только в 2-х случаях (0,6%) констатирована специфическая наследственная отягощенность. Тем не менее, попытки определить генную предопределенность атрофий позднего возраста принесли некоторые положительные результаты, что позволяет разрабатывать профилактическое направление с выделением групп населения с высоким геронтопсихиатрическим риском на основании биологических показателей. Так выяснено, что при болезни Альцгеймера развитие аутосомно – доминантных случаев заболевания

связано с наличием мутаций в 21-й хромосоме 14 (пресенилин - 1) и 1-ой (пресенилин - 2). (Эти больные представляют лишь небольшую часть среди пациентов с болезнью Альцгеймера - 7%); в хромосоме 19 (аллель 14 - аполипопротеин (APOE)). В исследованиях конца XX века (Corder et al, 1993 - цит. по R. Jacoby, 1997) относительный риск для деменции альцгеймеровского типа для гомозиготных индивидуумов составил по аллели E 4 - 8,07, а для гетерозиготных - 2,84. В изучении патогенеза деменций позднего возраста на биохимическом (медиаторном) уровне в последние десятилетия достигнуты серьезные результаты, а именно, доказано что нарушение холинергической и глутаматергической медиаторных систем является одним из основных звеньев этого патогенеза благодаря этому разработана патогенетическая терапия препаратами ингибирующими АХЭстеразу и акатинолом - мамантином.

Отношения между особенностями темперамента и характера и психической патологией позднего возраста выяснены недостаточно. На точности наблюдений сказываются неопределенность различий между собственно конституциональными свойствами и приобретенными в течение жизни установками. Так, Дедье-Англад (1966) замечает, что депрессии развивается не только у тревожных по характеру пожилых людей, но и тех, которые жили все время в одном стереотипе и стали поэтому менее гибкими. Остается в силе положение, сформулированное еще в древности - о том, что люди по натуре неуравновешенные, испытывающие трудности в приспособлении, чаще заболевают психическими болезнями старости. Нет нужды говорить о том, что это положение имеет слишком общий характер и применимо ко всем психозам, а не только к «возрастным». Справедливым остается другое положение - преморбидные отклонения более свойственны больным функционально-психотической, чем органической группы. Однако, достоверная степень различий остается еще не установленной. По нашим наблюдениям, при атеросклеротических нарушениях психики эти различия невелики; преморбидные отклонения обнаружены довольно часто и при атеросклеротических психозах, и при деменции (в пределах 20-22 %).

Л. Кан (1962) на основании наблюдений над 100 больных старше 75 лет выделил три группы по преморбидным свойствам:

1. Ригидные личности со склонностью к рутине, экономные, старательные. Хотя они могут быть примерными отцами и гражданами, их адаптивная способность снижена из-за скрытого страха, их сензитивность проявляется в том, что они не могут выражать своих чувств к другим. Они цепляются за свое положение в обществе, страдают при выходе на пенсию, потеря работы может привести у них к психозу.

2. Люди, которых раньше называли шизоидными. Они живут своей жизнью и не заботятся о других, не способны к контакту, склонны к аутизму ("нарциссизму"). Для них большой травмой является само постарение.

3. Зависимые от других, неспособные построить свою жизнь самостоятельно; они дают декомпенсации не столько в связи, с самим возрастом, сколько в связи с ситуацией, с разрывом связей, на который они нередко реагируют самоубийством. Для нас ясно, что "зависимость" не может определять «конституциональными» свойствами, многих людей делают "зависимыми" условия жизни.

На основании наших наблюдений над преморбидными отклонениями у больных с функциональными психозами пресенильного и сенильного возраста, можно выделить следующие группы, которые представляются нам более типичными, чем установленные Л. Каном (1962):

1) тревожные, куда могут быть отнесены люди, разных характеров, которым свойственна склонность к состояниям тревожного ожидания. Это сборная группа, в которую входят: а) стеничные и общительные, довольно уверенные в себе люди с реактивными или спонтанными сдвигами настроения в сторону тревоги, б) астеничные, неуверенные, стеснительные, с ограниченным кругом общения, в) личности полярной

структуры, у которых астенические свойства остаются обычно скрытыми и выявляются (так же как и свойственная им всегда тревожная мнительность) по мере старения;

2) астенические и психастенические личности без склонности к выраженным эмоциональным реакциям с тревогой и тоской;

3) ригидно - эксплозивная группа. Она также разнородна. Сюда могут быть отнесены: а) склонные к педантизму, сохранению стереотипа, "дефензивные", не склонные к агрессии, б) люди с чертами психопатии возбудимого типа.

Каждое из специфических для пожилого возраста психогенных воздействий, так же, как вся ситуация стареющего человека, может в совокупности с другими эндо- или экзогенными моментами приобрести патогенное значение. Будут ли это трудности интерперсональных отношений, психическая изоляция, нарушение жизненных стереотипов, разочарование, лишения, беспомощность, или сочетание нескольких таких моментов, зависит от стечения обстоятельств в конкретном случае. Чувствительность стареющих людей ко всем психогенным воздействиям повышена, эти воздействия могут вызвать не только функциональные реактивные нарушения, но и привести в ход органические процессы. Это ясно, в частности, из того, что приступы шизофрении в пожилом возрасте значительно чаще, чем в молодости, наступают в связи с психогенией, которая отражается и в картине психоза (Штернберг Э.Я., 1967).

Особую роль в происхождении психозов пожилого возраста играют соматические нарушения. Эти нарушения приходится учитывать не только в случаях собственно соматогенных психозов, но и в качестве одного из структурно-динамических компонентов различных других психических нарушений в пожилом возрасте.

Соматогенный фактор приобретает большое значение в силу большей подверженности пожилых людей различным соматическим расстройствам, вызывающим психоз, осложняющим его, или относящимся (как при атеросклерозе) к таким же проявлениям основного страдания, что и психоз. Но дело не только в большом распространении соматических заболеваний: по мере старения, повышается склонность мозга реагировать на них психическими расстройствами от пограничных до психотических или органически-деструктивными изменениями.

Литература:

1. Будза В.Г. Диагностика сенильной деменции. Дисс... д.м.н. Л., 1990, 354 с.
2. Будза В.Г. О клинко-патопсихологическом стереотипе болезней Пика и Альцгеймера. Дисс.к.м.н., 1973, 151 с.
3. Будза, В.Г., Антохин Е.Ю. Неврозы позднего возраста. Оренбург: ОрГМА, 2011 г., 284 с.
4. Давыдовский И.В. Геронтология. М.: Медицина, 1966, 300 с.
5. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., Шлафер М.И., Алимова Л.В., Каштанова Н.Д. Одиноко проживающий пожилой психически больной в обществе (социально-психологический и социально-бытовой аспекты) // Психическое здоровье, 2013, N 6, с.55-63.
6. Рахальский Ю. Е. Психические нарушения при атеросклерозе головного мозга (формы, течение, терапия): Автореф. дисс... д.м.н. Оренбург, 1963.
7. Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. проф. С.И. Гавриловой. М.: Пульс, 2011, 398 с.
8. Шахматов Н.Ф. Клинико-социологические исследования функциональных психозов позднего возраста. Их значение в плане основных проблем инволюционных психозов // Материалы Всесоюзного симпозиума по проблеме инволюционных психозов. М., 1980, с.89-98.
9. Шахматов Н.Ф. Психическое старение и собственно возрастная нозология психических расстройств в старости // Социальная и клиническая психиатрия, 1993, Т.3, № 1, с. 74-83.
10. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977, 216 с.

11. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. Л.: Медицина, 1967, 247 с.
12. Corder E.H., Saunders A.M., Strittmatter W.J., Schmechel D.E., Gaskell P.C., Small G.W., Roses A.D., Haines J.L., Pericak-Vance M.A. Gene dose of apolipoprotein E type 4 allele and the risk of Alzheimer's disease in late onset families // Science, 261, p. 921-923.
13. Jarvik L. Diagnosis of Dementia in the Elderly: A 1980 Perspective // Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 1980, 1, p.44—60.
14. Kielholz P. Diagnostik und Therapie der erschöpfungsdepressiven Zustandsbilder // Wien Med Wochenschr, 1960, p. 714.
15. Robin Jacoby Treating the dementia of Iris with a cholinesterase inhibitor // International Journal of Geriatric Psychiatry 2003, 18(8), p.756.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Бурдаков В.В., Гумалатова Н.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Эпилепсия на сегодняшний день является не только медицинской, но и социальной проблемой, что определяется высоким процентом социальной дизадаптации и инвалидизации пациентов. Особенностью идиопатической эпилепсии (ИЭ) является дебют заболевания в детском и юношеском возрасте. Зачастую эпилептические приступы приводят к появлению и прогрессированию неврологической и нейропсихической симптоматики снижающих качество жизни пациентов. Особое внимание уделяется развитию интеллектуально-мнестических нарушений при эпилепсии, когда они еще не достигают степени изменения личности и занимают промежуточное положение между нормой и деменцией, определяющих тяжесть нарушений функций мозга.

Нами было обследовано 105 больных идиопатической эпилепсией (ИЭ) в возрасте от 16 до 45 лет. Все случаи ИЭ были систематизированы по характеру приступов: 59 (56,2%) с генерализованными тонико-клоническими приступами и 24 (22,9%) с фокальными приступами с вторичной генерализацией, 22 (20,9%) с атипичными и миоклоническими абсансами. Анализ частоты приступов варьировал от 50 до 150 приступов в год. Всем пациентам проведено исследование неврологического, нейропсихологического статуса и параклинические исследования, которые включали 120 клинико-лабораторных параметров.

Анализ клинико-неврологических проявлений у пациентов с ИЭ позволил выделить 29 пациентов с латентной энцефалопатией (ЛЭП), 37 – с энцефалопатией 1 стадии (ЭП 1) и 24 пациентов с энцефалопатией 2 стадии (ЭП 2), у 15 пациентов не имелось неврологической симптоматики.

У 8 больных (27,59%) с ЛЭП верифицированы легкие когнитивные нарушения (ЛКН), умеренные - (УКН) у 11 больных (37,93%). Выявленные изменения когнитивных функций у 16 (84,21%) больных были обусловлены подкорковым вариантом когнитивных нарушений (КН), а у 3 (15,79%) больных - корково-подкорковым типом КН. Эти изменения характеризовались снижением концентрации внимания, беглости речи, произвольного и конструктивного праксиса дисрегуляторного и мультифункционального типа. У больных ИЭ с энцефалопатией 1 стадии выявлены ЛКН у 12 (32,43%) и УКН - у 12 (29,73%) больных. Когнитивные нарушения характеризовались подкорковым вариантом у 14 (60,87%) больных, корково-подкорковым - у 9 (39,13%) больных. Нарастает дефицит внимания, присоединяются пространственные нарушения, уменьшается скорость познавательной деятельности, снижается память. У больных с энцефалопатией 2 стадии у 6 (25%) больных выявлены ЛКН, у 16 (66,67%) - УКН. В

структуре когнитивных нарушений преобладали корково-подкорковые изменения - у 16 (72,73%) больных. Отличием этой группы является нарушения гнозиса, мышления, памяти. Больные испытывали трудности при категориальном обобщении.

Таким образом, когнитивные нарушения диагностированы у 64 больных с ИЭ, из них у 38 (61%) больных имели умеренные когнитивные нарушения. По мере увеличения выраженности энцефалопатических расстройств ассоциированных с ИЭ происходит ротация подкорковых когнитивных нарушений в корково-подкорковые, при которых нарушается восприятие и зрительно-пространственное ориентирование, развиваются более грубые нарушения памяти. Анализ изменений топики КН свидетельствуют о трансформации начальных дегенеративных энцефалопатических изменений в сосудисто-дегенеративные. Использование нейропсихологических методов позволяет диагностировать эти изменения на начальных этапах развития заболевания и предложить адекватные лечебно-профилактические мероприятия.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ И МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Быкова И.С., Белоусова Ю.О., Краснощекова И.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Укрепление психического здоровья, обеспечение гармоничного формирования личности у подрастающего поколения является важнейшей социально - психологической задачей цивилизованного общества [3].

Одной из острых проблем на современном этапе развития нашего общества является распространенность поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте, приводящих к дезадаптации формирующейся личности. Такие черты детей с гиперкинетическим синдромом, как импульсивность, навязчивость, чрезмерность, дезорганизованность, агрессивность, упрямство и другие формы асоциального поведения, способствуют нарушению социальной адаптации, препятствуют формированию важнейших навыков межличностного взаимодействия, развитию познавательной деятельности и личности в целом [1,2,4,5].

Целью нашего исследования являлось определение личностных свойств и характера межличностного взаимодействия у детей младшего школьного возраста с гиперкинетическим синдромом.

Задачи включали в себя исследование личностных свойств у детей с гиперкинетическим синдромом с помощью многофакторного личностного опросника

Р.Кеттелла и особенностей межличностного взаимодействия с помощью проективной визуально-вербальной методики Рене Жиля.

В результате проведенного исследования проявления личностных свойств у детей с гиперкинетическим синдромом младшего школьного возраста с помощью многофакторного личностного опросник Р. Кетелла были получены данные о том, что для 57% детей характерны недоверчивость, чрезмерная обидчивость; 52 % детей имеют заниженную самооценку, неустойчивость настроения и плохо контролируют свои эмоции; 66% детей имеют склонность к самоутверждению, к агрессии; 95% детей характеризуются как энергичные, активные; 66% детей характеризуются как конфликтные, несобранные; 85% детей экспериментальной группы имеют богатое воображение; 61% детей характеризуются импульсивностью; 80% детей экспериментальной группы имеют избыток побуждений, нервное напряжение, эмоциональную неустойчивость, раздражительность.

Особенности межличностного взаимодействия детей с гиперкинетическим синдромом младшего школьного возраста, исследованные с помощью многофакторного личностного опросника заключаются в том, что для 57% детей характерно отсутствие интуиции в межличностных отношениях, в их поведении часто наблюдаются негативизм, упрямство, эгоцентризм; 66% детей противопоставляют себя другим; 66% детей характеризуются как конфликтные; 90% детей экспериментальной группы характеризуются непринужденностью в общении, легким установлением контакта; 85% детей характеризуются сентиментальностью и доверчивостью во взаимоотношениях; 61% детей экспериментальной группы не умеют контролировать свое поведение в отношении социальных нормативов.

Исследование межличностного взаимодействия у детей с гиперкинетическим синдромом младшего школьного возраста с помощью методики Рене Жилия показало, что в группе детей с гиперкинетическим синдромом имеется низкий уровень развития отношений со сверстниками в сочетании с недостаточной общительностью и высоким уровнем закрытости и отгороженности. Выявлен высокий уровень развития отношений с матерью и с братьями и сестрами; эти дети не воспринимают своих родителей совместно, в качестве родительской четы.

В заключение можно сказать, что от построения взаимоотношений со сверстниками и взрослыми, от положения ребенка или от его статуса в группе зависит становление его личности в системе межличностных взаимоотношений. Этот этап становления коммуникативных навыков общения попадает на период младшего школьного возраста.

У детей с гиперкинетическим синдромом часто осложнены отношения и со сверстниками и с взрослыми, что требует дальнейшей углубленной разработки способов психологической коррекции данной проблемы.

Литература:

1. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение. /Русский медицинский журнал, том 14, №1, 2006. – С. 2-7.
2. Мамайчук И.И., Смирнова М.И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения. – СПб.: Речь, 2010. – 384 с.
3. Психофизиологическая диагностика и психолого-педагогическая помощь детям с СДВГ/Экспертный доклад (на рус. яз.), М.:2007. – 42 с.
4. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – СПб.: Речь, 2008. – 208 с.
5. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психического развития ребенка. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.

МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Васильева А.В., Лукошкина Е.П., Караваева Т.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
имени В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время на арене психотерапевтического сообщества актуальной становится проблема реабилитации онкологических больных.

Онкологическое заболевание следует рассматривать в качестве травматического для психики фактора, способного вызвать в дальнейшем развитие сопутствующих психических расстройств. Нарастание таких симптомов онкологического процесса как боль, тошнота, слабость, нарушение жизненных функций, потеря социального статуса пациента, инвалидность, существование в новой роли «пациента», а также глубокое переживание обреченности больных, их страх рецидива, предвосхищаемых мучений,

увечий и, в конечном счете, страх смерти и тотальная неопределенность при мысли о будущем составляет сердцевину переживаний онкологического больного. Болезнь также предъявляет особые требования к психическим возможностям осуществления деятельности, ведет к ограничению контактов с окружающими людьми, меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни. Суть основного психологического конфликта заключается в предполагаемом крахе жизненных ожиданий и возникновении в связи с болезнью реальной угрозы для жизни. Все эти факторы вызывают сильнейший психологический дистресс и могут привести к развитию сопутствующих психических расстройств.

При этом, психическая патология оказывает значимое неблагоприятное влияние на клинический и социальный прогноз онкологических заболеваний, включая сокращение сроков выживаемости, редукцию уровня адаптации и снижение качества жизни. Когда пациент перемещается далеко за пределы уныния, потеря смысла и целей вместе с сопутствующей этому состоянию беспомощностью и субъективной недееспособностью может усугублять желание ускоренной смерти.

Из результатов метаанализа психообразовательных и психотерапевтических вмешательств при лечении онкологических заболеваний получены неопровержимые свидетельства эффективности психотерапии, снижающей уровень дистресса, тревожных и депрессивных симптомов. В целом в клинической практике преобладает эклектический подход к психотерапии с комбинированием элементов поддерживающе-экспрессивной терапии, терапии горя и экзистенциальной терапии с психодинамической, когнитивно – бихевиоральной и межличностной терапией. При этом круг задач, решаемых методами психотерапии, весьма широк и включает индивидуальные и групповые методики работы с пациентами и опекающими их родственниками, направленные на купирование тревожной и депрессивной симптоматики, коррекцию дезадаптивных форм поведения (в том числе нарушения комплайентности к терапии основного заболевания), формирование адекватного образа болезни и выработку навыков по преодолению проблем, связанных с ситуацией онкологической патологии, например помощь в совладании с болевыми и другими тягостными соматическими симптомами заболевания, изменения в социальной роли и т.д.

Главной целью психотерапевтического лечения онкологических пациентов с Посттравматическим стрессовым расстройством является помощь в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо не только найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории, но и избавиться от чувства беспомощности, характерного для лиц с ПТСР, но подкрепленного объективной угрозой смерти.

Среди психотерапевтических методов лечения ПТСР когнитивно-поведенческая терапия является широко применяемым методом как за рубежом, так и в нашей стране. Целью когнитивно-поведенческой терапии является восстановление искаженного восприятия, оценки себя и окружающего мира, избавление от навязчивых мыслей. Клиницисты, практикующие когнитивную психотерапию посттравматического стрессового расстройства, указывают следующие особенности пациентов, которые могут послужить психотерапевтическими мишенями: лица, развившие ПТСР, обладают ригидными когнитивными схемами, завышенными стандартами правильного поведения, сверхответственностью за произошедшее и интернальным локусом контроля.

В данном подходе можно выделять следующие когнитивные и поведенческие методы, успешно применяемые в контингенте онкологических больных:

1. Релаксация и визуализация. Пациента обучают прогрессивной мышечной релаксации, и далее предлагают визуализировать лечебный процесс. Так, пациент представляет, как лейкоциты разрушают опухолевые клетки, как мертвые клетки выводятся из организма, мысленно визуализирует изменение опухоли в размерах, представляет, как получаемое лечение снижает уровень боли, представляет себя бодрым,

здоровым, полным энергии. Поскольку онкологические пациенты сталкиваются с ухудшением состояния организма и в связи с этим чувством беспомощности, данная методика позволит пациенту уменьшить страх за счет ощущения контроля над своим выздоровлением. Расслабление и визуализация помогают человеку почувствовать, что он играет определенную роль в поддержании здоровья, а это создает ощущение способности влиять на ситуацию. Также данный процесс может привести к изменению внутренних установок пациента и усилить желание жить, он может повлиять на физиологические изменения, поддержать иммунную систему и изменить развитие злокачественной опухоли на противоположное. Поскольку душевное состояние имеет непосредственное отношение к состоянию иммунной системы и гормональному равновесию, эти физиологические изменения напрямую связаны с изменениями в представлениях и установках человека.

3. Постановка целей. Постановка целей и задач пациентами на будущее также имеет психотерапевтический эффект, так как не только способствует удовлетворению потребностей пациентов, но и становится первой попыткой сознательно сформулировать причины, по которым пациент хочет жить, тем самым восстановить свою связь с жизнью. Этот процесс служит эмоциональной и интеллектуальной подготовкой к действиям, в которых должно воплотиться решение человека выздороветь. Постановка целей укрепляет уверенность в том, что человек способен удовлетворить свои потребности. Также, принятие ответственности за свою жизнь способствует ревизии самооценки больного, так как цели и действия, направленные на их выполнение, подтверждают важность человека и его потребностей.

4. Техника декатастрофизации. Особенностью проявления ПТСР при онкологическом заболевании является тот факт, что даже если пациент находится в ремиссии и пережил диагностированный врачами срок жизни, и если у него не выявлены никакие признаки болезни, у него постоянно существует вероятность рецидива заболевания с летальным исходом. В данном случае техника декатастрофизации направлена на преодоление страха рецидива и смерти. Суть метода заключается в том, чтобы исследовать самые худшие ожидания относительно возвращения болезни и разработать план действий на тот случай, если это случится. Также используется прием когнитивного реструктурирования, который направлен на изменения восприятия пациентом значения угрожающего события: пациент пробует рассматривать рецидив не как поражение, а как имеющий важное психологическое значение сигнал организма.

Перспективным направлением в психотерапии онкологических больных является терапия третьей волны или основанная на осознанности когнитивная психотерапия (англ. Mindfulness Based Cognitive Therapy), которая вошла в отечественную медицину, как психотерапия осознанностью, что не вполне совпадает с оригинальным значение термина и подразумевает тренировку навыков внимательности, сосредоточенность на деталях происходящего «здесь и сейчас», включенности в нюансы текущего момента жизни. Это процесс, при котором внимание направляется на настоящий момент, человек воспринимает то, что сейчас происходит в его внутреннем или внешнем мире, и стремится при этом к безоценочности и приятию. Он входит в роль доброжелательного и любопытного наблюдателя, который созерцает внутренние процессы, но не отождествляет себя с ними и не дает им себя поглотить. Соответственно и негативные мысли и чувства он наблюдает с приятием, не критикуя себя за них и не пытаясь их подавить. Внимание направляется на непосредственное восприятие через пять органов чувств, мысли и чувства наблюдаются в их текучести. При этом практикующий сознательно противостоит тенденции нашего ума оценивать, критиковать, искать причины, планировать и т.д., а развивает в себе способность принимать то, что сейчас есть, как нечто ценное и преходящее. В практике безоценочного осознания не преследуется никакая цель, а воспринимается процесс.

Обобщая изложенное, следует заключить, что психотерапия больных с онкологическими заболеваниями направлена на изменение неадекватных реакций на

болезнь, создание у больных реалистических установок на лечение, восстановление чувства ценности собственной личности, внутрисемейных и более широких социальных связей и, тем самым, способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов заболевания. Выстраивая мишени психотерапевтического воздействия необходимо учитывать индивидуальные личностные особенности пациентов и их реакции на болезнь, среди которых следует выделить выраженный эмоциональный спектр переживаний, снижение самооценки и разрушение вследствие травмы личностной целостности, тотальная неопределенность временной перспективы.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Габбасова Э.Р., Дереча Г.И., Киреева Д.С., Балашова С.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Много работ посвящено изучению характерологических особенностей (Виноградов В.Ф., 1985) и стилей реагирования на заболевание у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) (Кухно Г.М., 1986; Торба В.А., 1988). Наиболее полное отражение в литературе нашел вопрос о психотических и непсихотических расстройствах при ИБС (Урсова Л.Г., 1973; Смулевич А.Б. и др., 2005).

Несмотря, однако, на многочисленные исследования психических изменений при ИБС, остаются малоизученными изменения в адаптивной сфере личности, так как состояние больного и его адаптация к заболеванию зависят от того, как он лично реагирует на болезнь, насколько сохраняется его самообладание и какие у него адаптационные возможности (Толстых Ю.И., 2011; Трифонова Е.А., 2013).

Цель исследования: изучить адаптивные ресурсы и особенности нарушений приспособительного реагирования у больных с различными формами ИБС

Материал и методы: было обследовано 120 мужчин в возрасте от 30 до 60 лет, находившихся на лечении и реабилитации в областном центре медицинской реабилитации г. Оренбурга. Больные были распределены на 3 группы по 40 человек в каждой.

В 1-ю группу вошли больные, поступившие на восстановительное лечение в подостром периоде инфаркта миокарда (ИМ). 2-ю группу составили 40 человек с постинфарктным кардиосклерозом через 1-8 лет после впервые перенесенного ИМ. В 3-й группе было 40 больных ИБС, стабильной стенокардией II-IIIФК (классификация Канадского общества кардиологов, 1976) без ИМ в анамнезе.

Для оценки особенностей адаптации обследованных больных, использовался многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ) Маклакова А.Г. и Чермянина С.В. (1996), который помимо интегративного показателя личностного адаптационного потенциала (ЛАП), давал возможность определять значения таких парциальных показателей, как моральная нормативность (МН), коммуникативные способности (КС), нервно-психическая устойчивость (НПУ). Основная шкала методики ЛАП содержит информацию о поведенческой регуляции и коммуникативном потенциале человека и позволяет дифференцировать людей по степени устойчивости к воздействию психоэмоциональных стрессоров.

Результаты и обсуждение: при изучении адаптивных ресурсов и особенностей нарушений приспособительного реагирования у испытуемых больных по МЛЮ «Адаптивность» получены следующие данные в зависимости от группы наблюдения.

У больных 1-й группы преобладает низкий уровень НПУ (1-2 стена) и отмечен в 46,66% случаев ($N=2,509$; $p < 0,05$). Ещё у 40% больных этой группы показатель НПУ не выше среднего уровня (3-4 стена). В то же время КС и МН у больных в раннем постинфарктном периоде довольно высокие: преобладают средние (3-4 стена) и высокие значения (5-10 стенов) у 86,66% ($N=3,145$; $p < 0,01$) и 92,50% больных ($N=3,145$; $p < 0,01$)

соответственно. Это предполагает, наличие высокого ЛАП. Однако у большинства больных он либо низкий (в 46,66% по 1-2 стена), либо средний - в 26,67% случаев по 3-4 стена (N=2,501; p< 0,05). Можно считать, что больные мобилизовали свой адаптивный потенциал, но из-за нервно-психической неустойчивости поведенческая регуляция оказывается низкой.

У больных постинфарктным кардиосклерозом сохраняется и даже усиливается низкая НПУ (1-2 стена в 62,5% случаев; еще 3-4 стена в 22,5%, N=2,509; p< 0,05). Это можно объяснить реакцией личности на соматическую болезнь в форме нозогений. У больных этой группы в сознании сильнее выражен страх возможности повторного ИМ. Несмотря на высокие показатели по КС (90% больных, N=3,145; p< 0,01) и МН (100%, N=3,147; p< 0,01), вообще свойственные, по нашим данным, больным ИБС, именно фобическое ожидание повторного ИМ истощает их адаптивные ресурсы личности. Поэтому в итоге у больных 2-й группы в 67,5% отмечен низкий уровень ЛАП (1-2 стена); средний (3-4 стена) – в 17,5% случаев; высокий (5-10 стенов)- всего в 15% случаев (N=2,501; p< 0,05).

У больных ИБС без ИМ в анамнезе сохраняются адаптивные особенности, свойственные лицам 2-й группы: весьма выраженные средние и высокие показатели по КС (у 87,50% больных, N=3,145; p< 0,01) и МН (92,50%, N=3,147; p< 0,01) при преобладании низкой НПУ (47,50% случаев, N=2,509; p< 0,05) и низкого ЛАП - в 60% случаев (N=2,501; p< 0,05).

Заключение: у пациентов в подостром периоде ИМ выявляется мобилизация адаптивных ресурсов личности. У лиц с постинфарктным кардиосклерозом и у больных ИБС, стенокардией напряжения без ИМ в анамнезе выявляются высокие показатели по КС и МН, которые, однако, не способствуют мобилизации адаптивных ресурсов. Этому препятствует выраженная нервно-психическая неустойчивость вследствие нозогенных реакций личности.

Инфаркт миокарда – заболевание, несущее угрозу не только здоровью и жизни, но и также жизненным планам, любимому делу, благополучию родных и близких. Состояние больного и его адаптация к заболеванию зависят от того, как он лично реагирует на болезнь, насколько сохраняется его самообладание и какие у него адаптационные ресурсы. Ведение больных кардиологического профиля требуют учета состояния личности и ее адаптивных возможностей.

Литература:

1. Кухно Г.М. Психологические изменения у больных инфарктом миокарда. Рукопись депонирована во ВНИИ МЧ МЗ СССР. – 1986. – №10645. – 86 с.
 2. Виноградов В.Ф. Преморбидное и актуальное соотношение психики у больных, перенесших инфаркт миокарда. // В кн.: Психиатрич. и психол. аспекты сердечно-сосудистой патологии.: Тез. докл. Международного симпозиума. – М., 1985. – С.27-28.
 3. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». – 2005. – 784 с.
 4. Толстых Ю.И. Современные подходы к категории «адаптационный потенциал» // Известия ТулГУ. Гуманит. науки. 2011. № 1. С. 493-496.
- Трифорова Е.А. Адаптационный потенциал личности и психосоматический риск: проблема копинг-компетентности // Известия Рос.гос.пед. ун-та им. А.И. Герцена. – 2013. №155. С.71-83.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О БЛАГОПОЛУЧНОМ СТАРЕНИИ

Герашенко Н.А., Ерзин А.И.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Феномен благополучного старения изучается в психологии и медицине около 60 лет. Однако до сих пор отсутствуют концепции, которые всеобъемлюще описывают этот феномен. Ученые указывают на необходимость пересмотра прежних критериев психологического благополучия пожилого человека [2]. Еще одной проблемой в рамках данной темы является недостаток психодиагностических инструментов, позволяющих изучить образ благополучного старения у молодых людей. Поскольку в отечественной психодиагностике методик подобного рода нет, нами был разработан собственный опросник [1].

Предметом исследования явилась структура представлений лиц юношеского возраста о благополучной старости. Целью работы была оценка психометрических показателей нового опросника и выявление различий между подвыборками исследования.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ОрГМУ, выборку составили 100 человек в возрасте 19-22х лет. Из них 69% девушек и 31% юношей. В исследовании принимали участие студенты лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов и факультета клинической психологии (по 25 человек с каждого факультета).

Основным психодиагностическим инструментом был опросник [1], состоящий из 22-х утверждений, в котором предлагалось оценить степень своего согласия от 1-го до 4-х баллов. Было выделено 6 субшкал, описывающих образ старости: «Здоровье», «Финансовое благополучие», «Социальное взаимодействие», «Временная перспектива», «Работа и хобби», «Личностный рост и позитивные эмоции». Предварительный анализ показал, что текст опросника характеризуется высокой согласованностью и однородностью (α -Кронбаха = 0,908). Все субшкалы коррелируют между собой, а также с интегральным показателем.

С помощью статистических методов анализа данных осуществлялась оценка основных психометрических показателей новой методики. Использовались корреляционный анализ Пирсона, структурное моделирование и факторный анализ.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что для студентов лечебного факультета большую значимость в образе благополучного старения имеют здоровье и социальное взаимодействие. Наименее значимым явились личностный рост и позитивные эмоции. Для студентов педиатрического, стоматологического факультетов и факультета клинической психологии наиболее ценными оказались работа и хобби, а также социальное взаимодействие. Меньшим по значимости выступило финансовое благополучие.

Далее нами был использован t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Сравнение выборок различных факультетов по отдельным шкалам показало, что статистически достоверные различия обнаруживаются как на высоком уровне значимости, так и на уровне тенденции.

По шкале «Личностный рост и позитивные эмоции» были обнаружены статистически достоверно значимые различия на высоком уровне между факультетом клинической психологии и педиатрическим факультетом (3,310) и стоматологическим факультетом (3,227).

По шкале «Работа и хобби» выявлены статистически значимые различия между лечебным факультетом и факультетом клинической психологии (2,489) и стоматологическим факультетом (2,011).

По шкале «Временная перспектива» были обнаружены различия между стоматологическим и факультетом клинической психологии (4,008); различия на уровне тенденции были выявлены между педиатрическим и стоматологическим факультетами (1,671).

По шкале «Социальное взаимодействие» не обнаружилось значимых различий.

По шкале «Финансовое благополучие» статистически значимые различия обнаружались между: лечебным и стоматологическим факультетами (2,652), а так же между лечебным и факультетом клинической психологии (2,539). Различия на уровне тенденции нашли себя между лечебным и педиатрическим факультетами (1,429).

По шкале «Здоровье» значимые различия были выявлены между лечебным и педиатрическим факультетами (2,078); на уровне тенденции – между лечебным и стоматологическим факультетами (1,505).

Заключение. Проведенное исследование показало, что для различных групп лиц юношеского возраста свойственны разные представления о старости и ее благополучном исходе. Как оказалось, большинству студентов не характерно представление о том, что в старости они смогут добиться устойчивого финансового благополучия, т.е. старость, как правило, не связывается с материальным достатком. Студенты, обучающиеся на факультете клинической психологии, представляя профессию социально-ориентированную, считают наиболее значимыми для себя такие аспекты благополучного старения, как личностный рост и позитивные эмоции. Клинические психологи и студенты лечебного факультета, кроме того, в наибольшей степени заинтересованы сохранением здоровья в пожилом возрасте, что менее характерно для представителей других специальностей. В целом, результаты нашего исследования позволяют прийти к выводу, что образ благополучного старения у лиц юношеского возраста отличается многообразием и во многом зависит от профессиональных взглядов и установок.

Литература:

1. Ерзин А.И., Геращенко Н.А. Образ благополучной старости в представлении студентов // Психолог. — 2015. - № 5. - С.76-95. DOI: 10.7256/2409-8701.2015.5.16173. URL: http://e-notabene.ru/psp/article_16173.html
2. Baltes M.M. Aging well and institutional living a paradox? In R.P., Abeles, H.C., Gift, M.G., Ory, (Eds.). Aging and Quality of Life. New York: Springer Publishing Company, 1994.-P. 185-201.

РОЛЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СООБЩЕСТВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Григорьева И.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь

Терапевтические сообщества являются моделью социального обучения позитивному образу жизни. При организации действующих под руководством специалиста терапевтических сообществ (ТС), уровень годичных ремиссий у пациентов наркологического профиля увеличивается до 60-70 % [1]. Лечение в ТС направлено на осуществление долгосрочных изменений и реинтеграцию в общество [2, 3]. Изучение опыта работы ТС позволило выделить три критерия эффективности реабилитации: отсутствие рецидивов употребления алкоголя; социальная адаптация и наличие постоянного места работы; отсутствие уголовных и административных правонарушений [4].

Цель: проанализировать роль ТС в формировании ремиссий высокого качества у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 200 пациентов I группы, которым проведен метод комплексной реабилитации по программе 21 дня и 150 пациентов II группы, которым проводилось стандартное лечение. Средний возраст обследованных пациентов в I группе – $38,17 \pm 0,64$, во II группе – $38,38 \pm 0,70$ лет. Метод комплексной реабилитации (МКР) включал выделение групп с одинаковым уровнем реабилитационного потенциала, краткосрочный реабилитационный период в стационаре (3-4 недели), длительный постреабилитационный период во вне больницы в условиях ТС (6-12 месяцев).

Методы: клинико-психопатологический; оценка тяжести зависимого расстройства (Бел-ИТА/В-ASI) до и после психореабилитационных воздействий [5].

Результаты. Установлено, что терапевтический эффект через год после начала реабилитации показал различие I и II групп: значительное улучшение состояния – у 47,5% и 6,8% пациентов ($p < 0,001$). Увеличение количества пациентов с продолжительностью срока ремиссии 12 месяцев и более между I и II группами (51,5% и 15,5%) ($p < 0,001$). Терапевтическая активность посещения пациентами I и II групп психокоррекционных программ в постреабилитационном периоде показывает большую активность в I группе ($p < 0,01$), так как 31% пациентов проявили сильную мотивационную направленность на изменение жизненных ценностей относительно трезвости и продолжили реабилитацию за пределами отделения в ТС. 10,5% пациентов через шесть месяцев совмещали регулярное посещение ТС с группами Анонимных Алкоголиков (АА), а через год – 6,7%. Терапевтическая активность пациентов посещения во II группе отличалась: основной упор был сделан на принятие медикаментозной поддерживающей терапии – у 31,3% через шесть месяцев и 25,7% через год. После выписки из стационара 52,7% пациентов решили, что «могут справиться сами» и воспринимали посещение терапевтических групп, как значительное ограничение их функционирования. Это привело к нарушению техники безопасности, возобновлению прежних зависимых стереотипов поведения и частым рецидивам заболевания. Заложенные принципы выздоровления, основанные на активизации самопомощи, дают возможность каждому в условиях ТС сделать основной вклад в собственный процесс изменения. Высокая терапевтическая активность посещения пациентами I группы ТС определила возможность смены негативной алкогольной самоконцепции ухода и решения проблем на позитивный подход.

Заключение. Посещение пациентами с синдромом зависимости от алкоголя терапевтического сообщества в постреабилитационном периоде создает возможности успешно и полноправно адаптироваться в обществе, вернуться к здоровому образу жизни.

Литература:

1. Валентик, Ю.В. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta»: 20-летний опыт работы / Ю.В. Валентик – М., 2002. – 105 с.
2. Гузилов, Б.М. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей / Б.М. Гузилов, В.М. Зобнев, В.Л. Ревзин. – СПб., 2000. – 27с.
3. Дудко, Т.Н. Терапевтические сообщества / Т.Н. Дудко // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М, 2002. – С. 271-289.
4. Evaluation of Drug Abuse Rehabilitation Efforts: A Review / M.A. Quinones [et al.] // American Journal of Public Health. - 1979. - Vol. 69. - № 11. - P. 1164-1169.
5. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (В-ASI) В.В. Позняк и др. // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. – Дата доступа: 10.01.2013.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТРУДОВОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Григорьева И.В., Кралько А.А.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь

В настоящее время проблема психоактивных веществ, пьянства и алкоголизма продолжает оставаться одной из наиболее значимых, так как влечет значительный медико-социальный и социально-экономический ущерб [1]. Значительные государственные расходы, связанные с пьянством и алкоголизмом, побуждают искать возможности повышения уровня трудовой адаптации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Активный труд стимулирует физиологические процессы, нормализует психические процессы, приучает к дисциплине, мобилизует волю зависимого от алкоголя, избавляет от негативных мыслей и отвлекает от пристрастия к алкоголю. Он направлен на развитие таких качеств, как организованность, дисциплинированность, ответственность, терпеливость, сила воли, умение ценить личное свободное время, уважение к оказывающим помощь специалистам [2]. Социально-трудовое направление реабилитации необходимо для того, чтобы пациент прошел социально-трудовую адаптацию и начал значимую трудовую деятельность, которая является залогом его трудоустройства и будущей полноценной жизни в современном обществе [3,4]. Трудовая социализация и профориентация формирует модусы поведения, необходимого для уверенного вхождения пациентов с алкогольной зависимостью в профессиональную жизнь.

Цель: изучить потребность в трудовой социализации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 350 пациентов, находящихся на лечении по поводу алкогольной зависимости. Средний возраст обследованных пациентов $38,17 \pm 0,64$ лет. Методы: клиничко-психопатологический; оценка тяжести зависимого расстройства (Бел-ИТА/В-ASI) [5].

Результаты. Оценка профиля проблем в отношении трудоустройства, проблем на работе и организации досуга дала возможность оценить потребность в трудовой социализации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Проблемы с работой и трудоустройством значительно беспокоили 34,7% пациентов, а потребность в помощи решения данных вопросов отметили 38% пациентов. Данные анамнеза подтвердили, что не имели постоянной работы 46,7% человек, а конфликтные взаимоотношения на работе с вышестоящим руководством отмечались у 22,0% пациентов. Увольнение в связи с нарушениями трудовой дисциплины, в основном по поводу прогулов, имели 40,0% пациентов. Имеющиеся проблемы с трудоустройством и работой были обусловлены, по мнению пациентов, употреблением на работе спиртных напитков и отсутствием дисциплинированности. В связи с отсутствием работы у 40% были финансовые затруднения, 36,7% пациентов имели долги и 24,7% административные штрафы. Финансовые затруднения пациентов были связаны с отсутствием постоянного заработка, частой сменой рабочего места и постоянной потребностью в приобретении спиртных напитков. Проблемы с проведением свободного времени и организации досуга отметили озабоченность 63,3% пациентов и особенно в проведении досуга без алкоголя, так как по мере развития зависимости досуг становился однотипным и сводился к доминированию времяпровождения в компании лиц с алкогольными стандартами. Из досуга были исключены те виды, которые требовали интеллектуальных и волевых усилий, эмпатического взаимодействия с окружающими людьми. Проведение досуга опиралось у пациентов на стереотипные семейные и рабочие традиции с преобладанием алкогольного паттерна поведения, который был сформирован по оценке пациентов в их жизненном

опыте ранее. У 64,7% пациентов отмечалась настроенность в оказании помощи и получении знаний относительно организации досуга без алкоголя.

Заключение. Высокая значимость проблем с трудоустройством и досугом у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя подтверждает необходимость трудовой социализации в системе реабилитации. Социально-трудовое направление реабилитации обеспечивает успешную адаптацию и способствует восстановлению трудовой деятельности, которая является залогом его будущей полноценной жизни в современном обществе.

Литература:

1. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
2. Вальчук, Э.А. Основы медицинской реабилитации / Э.А. Вальчук – Минск: МЕТ, 2010. – 320 с.
3. Lindstrom, L. Managing alcoholism: Matching clients to treatments / L.Lindstrom – Oxford: Oxford University Press, 1992. – 286 p.
4. Короленко, Ц.П. Аддиктология: настольная книга / Ц.П. Короленко, В.Г., Н.В. Дмитриева; - М., Институт консультирования и системных решений. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. - 536 с.
5. 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: 10.01.2013

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ В СВЕТЕ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПЛЕНУМА ВЕРХОВНОГО СУДА №30 ОТ 30.06.2015г

Дворин Д.В.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ
Москва, Россия

24.05.2014 г. вступил в силу ФЗ от 25.11.2013 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», который дополнил ст. 196 УПК РФ п. 3.2 (судебная экспертиза обязательно назначается, «если необходимо установить «психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда имеются основания полагать, что он является больным наркоманией»). Обязанность пройти лечение от наркомании возлагается судом только на определенную категорию: 1) ч. 5 ст. 73 УК РФ может быть применена только к условно осужденным лицам; 2) ст. 72.1 УК РФ в соответствии со статьей 82.1 УК РФ - в отношении осужденных, впервые совершивших преступление, предусмотренное УК РФ ч.1 ст. 228, ч.1ст.231, ст. 233. Однако редакция п. 3.2 ст. 196 УПК РФ этого не учитывает, декларируя назначение судебной экспертизы всем подозреваемым и обвиняемым, в отношении которых есть основания полагать, что они являются больными наркоманией.

Объект и метод исследования – в основу положены анализируемые материалы Постановлений Правительства РФ, ФЗ, приказы МЗ РФ и т.п. в отношении лиц, зависимых от наркотических веществ. Если вопросы об их освидетельствовании, установление диагноза, принципам проведения альтернативного уголовному наказанию лечения разработаны, то наиболее необоснованными и изученными являются рекомендации сроков проведения и наличия (отсутствия) противопоказаний к лечению, что является **целью** настоящей работы и определяет её **актуальность**. В Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 30.06.2015г. N 30 г. Москва "О внесении изменений в постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 15.06.2006г. N14 "О

судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами "указано, что суд устанавливает наличие (отсутствие) у лица заболевания наркоманией на основании содержащегося в материалах дела заключения эксперта по результатам судебно-психиатрической экспертизы ...», а в заключение эксперта должно содержать вывод о наличии (отсутствии) диагноза "наркомания" и нет ли медицинских противопоказаний для проведения лечения от такого заболевания, а также его сроках (п.23, 35.2). Поскольку больной может изъявить желание добровольно пройти курс лечения и реабилитации, суд может отсрочить отбывание наказания в виде лишения свободы до окончания лечения и медико-социальной реабилитации (ФЗ от 25.11.2013 №317 введены отдельные понятия и определения медико-социальной реабилитации). В Приказе МЗ РФ от 22.10.2003г. N 500 «О реабилитации больных наркоманией» и «Об утверждении протокола ведения больных» лечебно-реабилитационный процесс условно разделен на основные периоды (комплексы) с указанием их средней продолжительности в зависимости от их проведения в амбулаторных или стационарных условиях и реабилитационного потенциала. Так средняя длительность составляет 2 года, так как на любом этапе могут возникать спонтанные краткосрочные рецидивы симптоматики острой интоксикации в отсутствие реального употребления психоактивных веществ. При наличии объективно подтвержденной ремиссии продолжительностью не менее двух лет суд может освободить осужденного, прошедшего курс лечения и медицинскую и социальную реабилитацию от отбывания наказания или оставшейся части наказания.

Заключение. Таким образом, общая продолжительность лечения и реабилитации составляет не менее двух лет с учётом того, что у большинства больных при формировании ремиссии имеются провоцирующие факторы (биологические, индивидуально-психологические, средовые), что диктует необходимость длительного медицинского наблюдения, противорецидивного лечения, проведения медицинской и социальной реабилитации.

Определить физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, согласно п.3.2 ст. 196 УПК РФ, сложно. Особенно при амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе, поскольку не предусмотрены те или иные специалисты, лабораторные и другие параклинические методы исследования, а также порой отсутствует необходимая медицинская документация, подэкспертный скрывает или не предъявляет жалобы на состояние своего здоровья. Кроме того, какие-либо нормативные документы о наличии противопоказаний к лечению наркоманов вообще отсутствуют. Единственное, что имеет место так это Приказы МЗ РФ №125н-135н от 04.09.2012г. «Стандарты медицинской помощи наркологическим больным с разными видами патологии, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации 4.09.2012 г. (№№ 125н–135н)».

Таким образом, можно сформулировать ответ о том, что в настоящее время абсолютных противопоказаний для лечения наркомании у подэкспертного нет, но следует иметь в виду соматоневрологическую патологию, которую учтёт врач психиатр-нарколог, осуществляющий и назначающий те или иные индивидуальные методы и подходы в соответствии с утвержденными Приказами МЗ РФ №125н-135н от 04.09.2012г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Дереча Г.И., Дереча В.А.

Оренбургский медицинский государственный университет
Оренбург, Россия

Актуальность. В настоящее время психическое состояние пожилых людей, обращающихся за медицинской помощью, оценивается, главным образом, по наличию или отсутствию у них симптомов психических расстройств и расстройств поведения.

Однако ещё в 80-е годы 20 в. ВОЗ определила, что здоровье характеризуется не просто отсутствием симптомов болезни, а наличием при этом также душевного и социального благополучия. Данное определение ВОЗ соответствует современной биопсихосоциальной парадигме, т.е. совокупности теоретических положений о здоровье в целом. При этом психическое здоровье пожилых пациентов, наблюдающихся в территориальных поликлиниках, выражено, прежде всего, качественными характеристиками состояния личности. Вместе с тем, данные личностные состояния изучены явно недостаточно, что существенно затрудняет взаимодействие с пожилыми пациентами врачей поликлиник.

Цель нашего исследования – определить признаки психологических свойств и состояний личности пожилых пациентов.

Материал и методы исследования. Изучено 80 больных в возрасте 60 лет и старше, направленных из территориальных поликлиник г.Оренбурга на психотерапевтическое консультирование в отделение психотерапевтических методов лечения клиники ОрГМУ. Исследование осуществлялось клинико-психологическим, клинико-психопатологическим и психотерапевтическим методами. Критерии исключения – наличие клинических признаков тех или иных психических расстройств и расстройств поведения, соответствующих диагностическим требованиям МКБ-10.

Результаты и обсуждение. Проведенная работа показала, что у изученных пациентов имеется актуальное проблемное состояние личности, обусловленное переживаниями фрустрации по поводу невозможности удовлетворения как базисных потребностей личности, так и её метапотребностей. Данные потребности, с одной стороны, не являются патологическими, а с другой, - они носят характер заостренности и по этой причине утоляются с большим трудом, что создаёт почву для развития собственно расстройств адаптации (F43.2 - по МКБ-10). Однако своевременная психологическая помощь таким пациентам (именно-психологическая, а не психотерапевтическая) предотвращает развитие психической патологии в сфере адаптации. По нашим данным, здесь наиболее важно обеспечить проблемное психологическое консультирование и психокоррекцию путём воздействия средовыми факторами. Личностное осознание и коррекционные воздействия должны быть направлены, в частности, на дезактуализацию заострений таких потребностей личности пожилых пациентов, как:

потребность в социальной поддержке и в приятии окружением; потребность в гарантированной безопасности; потребность в признании прежних заслуг и достижений и в передаче собственного жизненного опыта; потребность в самовыражении и самореализации и в уходе от своих проблем (одиночества, тревоги по поводу состояния физического здоровья, страха за будущее); потребность в компенсации естественного возрастного снижения активности, возможных психической и физической слабости и повышенной эмоциональной чувствительности.

Литература

1. Дереча В.А. Психология и психопатология личности: учебное пособие / В.А. Дереча. -2-е изд.дополненное. – Оренбург, 2009.
2. Гаврилова С.И. Руководство по гериатрической психиатрии / С.Гаврилова. – М., 2014.
3. Маслоу А. По направлению к психологии бытия. Религии, ценности и пик-переживания / А.Маслоу. – М., 2002.
4. Фромм Э. Иметь или быть / Э.Фромм. – М., 1990.

ТИПЫ ОДИНОКОГО ПРОЖИВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ИХ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Друзь В.Ф.,¹ Олейникова И.Н.,² Шлафер М.И.,² Каштанова Н.Д.,²
Веретенцева Т.В.,² Гербей П.С.¹

¹ ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
² ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»
Оренбург, Россия

Постарение населения неуклонно ведет к увеличению психически больных позднего возраста [2,4]. Среди них доля одиноких составляет 1/3 [3,5]. Эти больные относятся к группе повышенного риска в отношении социальной дезадаптации [1]. В разработке программы медико-социальной помощи данному контингенту больных важное место занимает психокоррекционная работа. Мишенью её в первую очередь должен быть тип одинокого проживания – интегративный качественный показатель, наиболее полно и целостно отражающий особенности социально-психологической ситуации одинокого проживания. Кроме того, исходя из биопсихосоциальной модели оказания помощи больным, необходимо также знание клинко-социальных факторов, формирующих определенный тип одинокого проживания. Однако типы одинокого проживания пожилых психически больных и их клинко-социальные предпосылки в отечественной психиатрии не изучались.

Цель исследования: определение типов одинокого проживания психически больных позднего возраста и клинко-социальных факторов, их определяющих.

Клиническим и социально-психологическим методами обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью компьютерной программы Statistica 6.1. Применялись методы параметрической (критерий Стьюдента) и непараметрической (показатель соответствия χ^2) статистики.

Работа проходила в два этапа. На первом выявлялись типы одинокого проживания, на втором проводился сравнительный анализ медико-социальных показателей больных каждого типа. На первом этапе установлены следующие типы. 1) «Страдающий», наиболее распространённый, характеризуется тягостным переживанием одиночества, сопровождающегося выраженными депрессивными расстройствами, несмотря на поддержку родственников и других членов социальной сети. 2) «Псевдокомпенсация» – для преодоления одиночества больные используют дезадаптивные способы, приводящие к конфликтам с микросоциальным окружением. 3) «Гармоничный» – переживание одиночества смягчается трезвой оценкой сложившейся ситуации, выбором адекватных стратегий совладания. 4) «Индиферентный» – характеризуется безразличным отношением больных к одинокому проживанию. При этом существовавшее ранее у некоторых из них отрицательное отношение к одинокому проживанию, сопровождающееся чувством одиночества («страдающий» тип), нивелировалось болезнью. 5) «Отшельники» – пациенты с молодости или в результате болезни предпочитали одинокий образ жизни. Попытки вступить в брак были редкими, неудачными, формальными, нередко инспирировались сексуальными партнерами или родственниками. 6) «Нарциссы» – больные нашли удовлетворение, привлекательность в созерцании собственной личности, уединённом образе жизни. 7) «Мизантропы» – стремление больных к изоляции сочетается с неприязненным, враждебным отношением к окружающим, усиливающимся при попытках последних вступить с ними в контакт.

На втором этапе сопоставлялись демографические (пол, возраст, длительность одинокого проживания), социально-бытовые (уровень образования, жилищные и материальные условия, наличие инвалидности, трудовая занятость), социально-психологические (семейные отношения в собственных и генеалогических семьях до наступления одинокого проживания) и клинические (соматическое состояние,

нозологическая форма заболевания, ведущий психопатологический синдром и др.) моменты. Установлены факторы, формирующие каждый тип.

Литература:

1. Барков И.Н. Особенности профилактики общественно опасных действий одиноких психических больных в позднем возрасте // Актуальные вопросы психиатрии. – М., 1985. – С.58-64.
2. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социальные факторы и психические расстройства в пожилом и старческом возрасте // Руководство по социальной психиатрии. – М.: Медицина, 2009. – С. 136-161.
3. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н. Клинико-демографическая характеристика психически больных позднего возраста геронтопсихиатрического и обычных участков диспансера // Социальная и клиническая психиатрия – 2000. – Т. 10, №1. – С.33-36.
4. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 976с.
5. Трифонов Е.Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста. Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – М., 1990. – 14с.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ДИСКУРСЫ КАК ОСНОВА ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Самара, Россия

Среди задач медико-социальной реабилитации пациентов, особенно с затяжным и хроническим течением заболеваний, существенное место занимает широкое использование психотерапевтического метода на всех этапах реадaptации и собственно реабилитации. Особое место среди этих задач занимают вопросы поддерживающей и противорецидивной терапии, качества жизни в болезни и в ремиссии, а также коррекция психологических и социальных проблем, возникающих в результате болезни и требующих адаптации и реабилитации, в разрешении которых ведущую роль занимает психообразование.

В самом термине «психообразование», в первую очередь, заложено образование (обучение, воспитание) пациента в вопросах «внутренней картины болезни – внутренней картины здоровья», расширение знаний, преодоление непонимания и заблуждений в отношении психической болезни, взглядов на ее лечение, прогноз, а также преодоление стигматизации и дискриминации как в представлениях больного, так и его ближайшего окружения, т.е. изменить его информированность.

Важно различать семиотические понятия информационного поля, которое будет использоваться в психообразовании. Задачей врача является превратить в образовательный процесс информативность болезни как медицинской проблемы (происхождение, клиника, динамика, лечение, комплаенс и др.) доступными средствами, а также преобразование информированности пациента в результате психообразования, т.е. не только знаний, но умения пользоваться этими знаниями и навыками превращая своё поведение в осознанное.

Если рассматривать психообразование как дискурс (обсуждение, диалоговое взаимодействие), то типология дискурса складывается, с одной стороны, из медицинской (психотерапевтической), с другой – из педагогической (образовательный) составляющих, но в обоих вариантах и их комбинации – личностно-ориентированный дискурс. В этой комбинации институциональным дискурсом является не столько педагогический, сколько

образовательный, в узком смысле, но не следует забывать, что образование не может не основываться на педагогике (науке о воспитании, образовании, обучении).

Следовательно, в психообразовании соединяются воедино психотерапевтическая составляющая, преимущественно рациональная (суггестивная) с различными методиками, а с другой – образовательная, включающая социолингвистический, лингвистический, дидактический, информационный и философский компоненты на бытовом и бытийном уровнях. Психообразовательный дискурс предполагает тщательный анализ уровня преимущественно медицинских знаний пациента (ов) о болезни и её составляющих, включая лечение, психологические и социальные вопросы, с ней связанные. Только располагая информацией о проблемах, заблуждениях и представлениях, можно реально повлиять на лечебный, реадaptационный и собственно реабилитационный процесс в системе врач (команда) – пациент (родственники, сослуживцы).

Можно составить программу группового и (или) индивидуального психообразования. При этом в собственно медицинской составляющей дискурса следует пользоваться формами и приемами педагогического, преимущественно в виде использования разных жанров, педагогического дискурса. На первом этапе - это организация деятельности с использованием похвалы, порицания, замечания, требования и др. На втором - собственно и идет обучение через вступительное слово, лекции, диалог и другие формы. В процессе второго этапа происходит усвоение новой информации, когда необходимо убедить и помочь разобраться в обсуждаемых вопросах через инструкцию, совет, комментарии, упражнения и др. И в процессе проведения организационных форм психообразования, и на завершающем этапе необходимы фронтальные вопросы по получаемой информации с контролем её усвоения, и навыками копинг-стратегии поведения в процессе проведения лечебно-реабилитационной работы. В речи специалиста (врач, психолог, социальный работник) одна и та же мысль, идея, утверждение, совет, требование, информация многократно поясняются, дополняются, уточняются, обрастают примерами, деталями, подробностями, чем способствуют выработке мнения, суждения и организуют необходимое поведение. Для внесения коррекции и необходимых изменений целесообразен сбор оценочных высказываний, рецензий коллег и других форм контроля результативности психообразования. В процессе психообразования как дискурса часто используются и элементы других дискурсов, в частности, научного, художественного, искусствоведческого.

Следовательно, психообразование может и должно использоваться на всех этапах реабилитации как комплексный дискурсионный процесс, построенный преимущественно на формах педагогического дискурса и медицинской информации, объединенных основами дискурсологии, создающих новую информированность личности пациента на бытовом и бытийном уровне ее использования. Такой подход создания программ психообразования позволяет улучшить результативность терапии (стационарной, амбулаторной, одерживающей и противорецидивной), изменить течение болезни, способствует психологической и социальной адаптации и компенсации пациента в семье и обществе, повышению качества жизни.

ОСОБЕННОСТИ ПРОАКТИВНОГО КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: КРАТКИЙ ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ерзин А.И., Епанчинцева Г.А., Антохин Е.Ю.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Как показывает ряд исследований [1-4], недостаточное обращение к проактивным копинг-стратегиям, может быть тесно связано с выраженностью психопатологической симптоматики. Пока еще в литературе отсутствует систематический обзор исследований

по теме проактивного совладающего поведения при психических расстройствах. На сегодняшний день имеется лишь несколько работ, посвященных изучению данного феномена у лиц с расстройствами шизофренического спектра.

Yanos P.T. et al. (2007) провели обзор исследований в области поведенческой психологии, затрагивающих проблему преодоления последствий стресса, в целях уточнения некоторых концептуальных вопросов, касающихся совладания с тяжелыми психическими заболеваниями [4]. Yanos P.T. отмечает, что в то время как более ранние модели стресса (Lazarus and Folkman, 1984) сосредоточены на реакции психики на стрессовые события, последние исследования (Aspinwall and Taylor, 1997; Hobfoll, 2001; Schwarzer and Taubert, 2002) акцентируют внимание на проактивных и превентивных способах совладания.

Одной из форм превентивного копинга, как уточняет Yanos P.T. [4], является т.н. «управление поведением, ориентированным на оздоровление» (*wellness management skills*). Оно основано на стратегиях, использующихся с целью уменьшения выраженности симптоматики людьми, страдающими теми или иными заболеваниями. В частности, у лиц с тяжелыми психическими расстройствами эти стратегии включают в себя доступ к социальной поддержке, регулярный и своевременный прием антипсихотических препаратов, физические упражнения, поддержание личной гигиены, уменьшение употребления алкоголя и других психоактивных веществ, в общем, ведение здорового образа жизни (Yanos P.T., 2001).

Yanos P.T. [4] показал, что пациенты психиатрической клиники, прибегающие к использованию проактивных и превентивных моделей совладающего поведения, проявляют большую адаптивность, реже испытывают негативные эмоциональные состояния, чаще настроены на взаимодействие с другими людьми и отличаются более высокой осмысленностью жизни.

Исследования Yanos P.T. и коллег, таким образом, указывают на значимую роль проактивного совладающего поведения в развитии у психически больных людей тенденций к социальному сотрудничеству, в редукции негативной симптоматики и снижении выраженности депрессивных состояний.

Другой вопрос, который остается не до конца проясненным – в какой мере проактивные копинг-стратегии определяются сохранностью когнитивной сферы пациентов? N. Rocha et al. (2014) установили взаимосвязь нейрокогнитивных функций и отдельных стратегий проактивного совладающего поведения [2]. Было показано, что степень сохранности мнестических процессов и интеллекта прямо коррелирует с использованием таких копинг-стратегий, как проактивное, рефлексивное и превентивное преодоление, стратегическое планирование, обращение за социальной поддержкой. Кроме того, была обнаружена отрицательная взаимосвязь между проактивными копинг-стратегиями, самостигматизацией и депрессивными состояниями у больных параноидной шизофренией.

В другом исследовании N. Rocha et al. (2009) показали, что зрительно-пространственная и оперативная память является значимым предиктором проактивного копинга, рефлексивного копинга и стратегического планирования [3]. Оперативная память, кроме того, положительно влияет на использование превентивных стратегий совладания со стрессом. Зрительно-пространственная память, в свою очередь, может оказывать незначительное позитивное влияние на обращение к социальной поддержке. Было обнаружено, что ни одна из исследуемых нейрокогнитивных функций не коррелирует с избегающим поведением. В целом, результаты N. Rocha и его коллег доказывают, что развитие когнитивных функций в процессе нейрореабилитации может быть использовано как способ совершенствования стратегий адаптации к трудностям у психически больных людей.

Н.А. Сирота и М.А. Ярославская (2014) показали, что у лиц с шизотипическим расстройством наблюдается недостаточное обращение к проактивным формам копинг-

поведения [1]. Больные демонстрируют дефицит навыков планирования, у них недостаточно сформировано представление о ходе деятельности и ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями. Редкое обращение к стратегии «поиск эмоциональной поддержки» может быть вызвано нарушениями эмоционального интеллекта.

Рассмотренные нами единичные исследования, однако, еще не позволяют составить целостное представление о проактивности при психической патологии, что создает проблемное поле для будущих исследований в патопсихологии.

Литература:

1. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Исследование проактивного совладающего поведения у больных шизотипическим расстройством // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 1(24). [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 9.05.2015).
2. Rocha N., Marques A.J., Queirós C., Rocha S. Proactive coping in schizophrenia: examining the impact of neurocognitive variables // J Psychiatr Ment Health Nurs. 2014 Jun; 21(5) :471-6. doi: 10.1111/jpm.12141. Epub 2014 Mar 21.
3. Rocha N., Salgado D., Marques A., Queirós C. The relative influences of proactive coping skills, emotional distress and self-esteem on functioning and quality of life of schizophrenic patients // XIV World Congress of Psychiatry XIV World Congress of Psychiatry Prague, Czech Republic, September 2008.
4. Yanos P.T. Proactive coping among persons diagnosed with severe mental illness: an exploratory study. J Nerv Ment Dis. 2001 Feb;189(2):121-3.

СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ НАРУШЕНИЯ ПРОАКТИВНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Ерзин А.И., Антохин Е.Ю., Епанчинцева Г.А.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Снижение проактивности и нарушение самодетерминации играют важную роль в формировании дисфункциональных паттернов поведения у лиц с психической патологией. Больные шизофренией, по нашим данным, отличаются наиболее выраженным снижением проактивной составляющей деятельности. В литературе имеется ряд работ, посвященных анализу проактивных копинг-стратегий и их влиянию на негативную симптоматику и социальное функционирование у лиц с расстройствами шизофренического спектра [1-3]. В то же время единичные исследования по этой теме не позволяют составить целостное представление о нарушении проактивности при шизофрении с точки зрения синдромного подхода. Целью настоящего исследования явилось уточнение особенностей редукции компонентов проактивного поведения у больных параноидной шизофренией, выделение основных симптомокомплексов данных расстройств.

Материалы и методы. Выборку составили 79 больных приступообразно-прогредиентной параноидной шизофренией (F20.01 по МКБ-10). Средний возраст респондентов данной группы составил 23,1 лет. В выборку вошло 49 мужчин и 30 женщин. Все пациенты соответствовали критериям первого психотического эпизода. В качестве основных методов исследования были выбраны: клинико-психологический и психодиагностический (опросник «Проактивное поведение», Тест смысло-жизненных ориентаций, ТАТ, тест Роршаха, Hand-тест).

Результаты и обсуждение. Симптомокомплексы нарушения проактивности при шизофрении, согласно полученным данным, мы разделили на две группы.

Первую группу составили нарушения проактивности в *форме тотального снижения* инициативности, саморефлексии, целеполагания и антиципации,

метамотивации и интернальности. Встречается примерно у 65% больных. Формируется вследствие как общей дефицитарности психической деятельности в рамках негативной симптоматики, так и под влиянием галлюцинаторного и бредового синдромов (решающую роль играют, главным образом, идеи преследования, воздействия, отношения). Когнитивные нарушения проактивного поведения при этом симптомокомплексе связаны с нейрокогнитивным дефицитом, характеризующимся снижением активности и целенаправленности мышления, редукцией исполнительных функций (прежде всего, целеполагания, планирования и антиципации), нарушениями мнестических и аттентивных процессов. Эмоционально-волевые и мотивационные составляющие снижения проактивности включают в себя уплощение аффекта, трудности распознавания эмоциональных проявлений, снижение инициативности и спонтанности, изменения в иерархии мотивов с преобладанием в системе мотивации таких потребностей, как избегание опасности, потребность в опеке и зависимости, сексуальные мотивы, мотивы уничтожения. В сфере ценностно-смысловой направленности личности отмечается отсутствие четких жизненных целей, сужение временной перспективы в виде неспособности планировать будущее, чувство снижения контроля над собственной жизнью и низкая интернальность.

Вторую группу составляют нарушения проактивности *в форме нереалистичных целей и псевдопродуктивных смыслов жизни*, формирующихся под воздействием сверхценных идей и экспансивного бреда. Наблюдается приблизительно в 29% случаев. Характеризуется выраженным снижением саморефлексии и антиципации в сочетании с завышенными по сравнению с нормой показателями метамотивации и самоинициации, интернальности и автономии в принятии решений. Когнитивный компонент нарушения проактивности во многом схож с патологическими изменениями познавательной сферы при предыдущем симптомокомплексе. К этому присоединяются такие расстройства, как снижение критичности мышления, патологические вербализации, чрезмерный символизм и вычурность ассоциаций, склонность к контаминациям и нереальным комбинациям в сочетании с деструктивной интерпретацией стимульного материала психодиагностических методик. В эмоционально-волевой сфере следует отметить такие особенности, как высокая склонность к открытому агрессивному поведению при отсутствии желания идти на сотрудничество и выстраивать продуктивные отношения с окружающими. В системе мотивов на первый план выходят потребность в доминировании и подчинении, в понимании и признании, в достижении, мотивы автономии, самооправдания. В сфере смысловых ориентаций отмечается наличие смыслов и целей жизни, встроенных в бредовую концепцию, которые выступают главным регулятором поведения больных. В этой группе пациентов преобладают сверхценные и бредовые идеи величия, изобретательства, реформаторства. Эти идеи полностью охватывают сознание больных, направляя всю их активность на достижение нереалистичных целей.

Литература:

1. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Исследование проактивного совладающего поведения у больных шизотипическим расстройством // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 1(24). [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 9.05.2015).
2. Rocha N., Marques A.J., Queirós C., Rocha S. Proactive coping in schizophrenia: examining the impact of neurocognitive variables // J Psychiatr Ment Health Nurs. 2014 Jun; 21(5) :471-6. doi: 10.1111/jpm.12141. Epub 2014 Mar 21.
3. Yanos P.T. Proactive coping among persons diagnosed with severe mental illness: an exploratory study. J Nerv Ment Dis. 2001 Feb;189(2):121-3.

ИССЛЕДОВАНИЕ АУТОАГРЕССИИ У ЛИЧНОСТЕЙ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Журавлев Я.С.¹, Будза В.Г.³, Журавлева А.И.², Сергеева Н.А.¹

¹ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»
Областной психотерапевтический центр,

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»,

³ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Изучение феномена аутоагрессии в клинической психологии и психологии девиантного поведения отмечается значительным многообразием форм и вариаций проявления аутоагрессивного поведения [1, 2].

Краткий исторический обзор существования аутоагрессии на протяжении истории человечества обращает внимание на то, что аутоагрессию нельзя признать характерной чертой только какого-то определенного временного периода или какой-либо обособленной социальной группы.

Карл Ясперс подчеркивает, тот факт, что феноменологическими и экзистенциальными причинами аутоагрессии становится неспособность индивидуума к социальной адаптации и неуспешность межличностного взаимодействия в своем микросоциуме. А.Н. Абрамов рассматривает аутоагрессивное поведение как вариант суицидального поведения, при котором субъект и объект действия совпадают, что проявляется в демонстративных суицидальных попытках и истинном суициде [3,4].

Проблема связи потребления алкоголя и самоубийств чрезвычайно актуальна на сегодняшний день. Наиболее яркими и доказательными работами, показывающие динамику числа самоубийств в зависимости от среднестатистического потребления алкоголя, являются исследования Дюркгейма (Durkheim, 1897), Норстрёма (Norstrom, 1988). В популяции больных хроническим алкоголизмом насильственная смертность составляет 25 % по сравнению с 7,4 % в общей популяции, а суицидальная смертность из числа состоящих на наркологическом учете составила от 7 до 15,6 % (Гольдштейн, 1985; Пелипас и др., 1995).

В России 1985–1988 гг. в связи с антиалкогольным постановлением ЦК КПСС, по данным статистического исследования этого периода А. В. Немцова и А. К. Нечаева (1991), произошло снижение насильственной смертности (убийства, самоубийства, отравления различными веществами, включая алкоголь, дорожно-транспортные происшествия и другие несчастные случаи) на 25 %. С 1984 по 1986 г. смертность от самоубийств снизилась более чем на одну треть (в абсолютных цифрах с 81 тыс. человек до 53 тыс.), что, несомненно, произошло под влиянием мер, направленных на ограничение торговли спиртными напитками (Амбрумова, Постовалова, 1991).

Наше исследование пациентов проводилось на базе Оренбургского областного клинического наркологического диспансера (ООКНД) с целью изучения аутоагрессивных проявлений при зависимостях личности. В основную группу вошло 30 человек с синдромом зависимости (код F1x.2 по МКБ-10), включая алкоголизм (16 человек) и токсикомании (14 человек). Все пациенты с наркологической зависимостью, в возрасте от 24 до 53 лет, длительностью заболевания 1-15 лет. Для группы сравнения основным являлось отсутствие признаков пристрастия к ПАВ и признаков социальной дезадаптации, без хронических соматических и психических заболеваний, возраст 25-55 лет.

В качестве методов исследования использовались клинико-психологический метод, включающий наблюдение, клиническую беседу и расспрос больных, изучение историй болезни, опрос мед. Персонала, экспериментально-психологический (опросники Басса-Дарки и «Ауто- и гетероагрессия» Е.П. Ильина).

Анализ эмпирических данных, позволил выявить большую выраженность у больных алкоголизмом таких показателей, как физическая агрессия, обида, вербальная агрессия и

чувство вины, в то время как токсикоманы демонстрируют значительно меньшие результаты по данным параметрам. Больные токсикоманиями, в свою очередь, превышают выборку больных алкоголизмом по шкалам косвенная агрессия и раздражение. Одновременно с этим, было установлено отсутствие статистически значимых различий по шкалам негативизм и подозрительность, хотя данные показатели среди токсикоманов умеренно превышают таковые в группе алкоголезависимых.

Между тем, 84% больных с синдромом зависимости имеют высокий показатель аутоагрессии, 15% - средний показатель, низкий показатель практически отсутствует. Результаты полученные соответствуют нормальному распределению (данные попадают в 90% и 95% случаев).

Полученные результаты нам представляются вполне очевидными и доказывают предположение о том, что деструктивные поведенческие тенденции у больных, страдающих различными видами наркотической и алкогольной зависимости, представлены значительно чаще, чем у здоровых лиц. В свою очередь, деструктивная направленность поведения данного контингента пациентов может носить как гетеро-, там и аутоагрессивный характер. Гетероагрессия, согласно ряду исследователей, а также нашим данным, довольно часто связывается с психопатическими наклонностями, психопатизацией личности в результате ее патологического изменения под воздействием болезни (алкоголизма или наркомании) [5]. Аутоагрессия при этом может быть вызвана депрессивными состояниями, обусловленными социальной несостоятельностью наркозависимых, отсутствием у них четких целей в жизни, низкой самооценкой, фрустрацией социально-детерминированных мотивов и потребностей (потребность в признании, в уважении, в профессиональной реализации, любви и т.д.).

Литература:

1. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж. Психотерапия в наркологии // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2007. № 1. С. 119-125.

2. Агибалова Т.В., Смышляев А.В. Клинико-психопатологические особенности аутоагрессивного поведения у больных с зависимостью от опиатов // Вопросы наркологии. 2010. № 2. С. 18-27.

3. 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.

4. Базылева Е.Ю., Собольников В.В. Проблемы судебно-психологической экспертизы аутодеструктивной личности при аффективном суициде // Мир науки, культуры, образования. 2013. № 6. С. 205-208.

5. Бисалиев Р.В. Анамнестические и клинико-феноменологические предикторы аутоагрессивного поведения при созависимости // Наркология. 2008. Т. 7. № 10. С. 61-66.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ В СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Журавлев Я.С.¹, Будза В.Г.², Антохин Е.Ю.²

¹ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»,

²ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность изучения неврозоподобных расстройств обусловленными сосудистым поражением головного мозга, и невротических состояний в последние годы не утрачивается не только по причине их распространенности, но и пограничным положением между сомато- и психогенными заболеваниями, между органическими и функциональными поражениями нервной системы [1]. Наиболее сложными в дифференциальной диагностике между собой являются невротические и неврозоподобные

состояния. Само понятие «неврозоподобный» предполагает, что клиническая картина рассматриваемых сосудистых органических поражений головного мозга во многом сходна с проявлениями неврозов [2]. При изучении психологических механизмов невротических проявлений и неврозоподобных состояний одним из важнейших аспектов является многоуровневое рассмотрение процесса адаптации [3].

Цель исследования: определить взаимосвязь клинической картины болезни и копинга при неврозоподобных расстройствах позднего возраста в связи с сосудистым заболеванием головного мозга.

Материалы и методы. Было обследовано 100 больных позднего возраста (после 45 лет), которые будут разделены на 2 группы: 1 группу составили 50 пациентов с неврозами, 2 группу - 50 пациентов неврозоподобными расстройствами при сосудистых заболеваниях головного мозга.

Использован клинико-anamнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический методы. Клиническая оценка больных проводилась в соответствии с критериями отечественной классификации и МКБ – 10. Включенные в исследование наблюдения соответствуют предъявляемым требованиям к неврозоподобным расстройствам: а именно психические расстройства обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.), в той части, где расстройство обусловлено сосудистым заболеванием головного мозга. А так же вторая группа, куда вошли невротические расстройства (F40-48.). В клинико-психопатологическом методе, помимо клинической оценки состояния использованы: синдромальная шкала самоотчета – SCL-90-R (Тарабрина Н.В., 2001; Derogatis L.R. et al., 1977). Экспериментально психологический метод включает в себя методики: диагностика копинга - опросник SVF (разработан W.Janke, G.Erdmann, W.Kallus 1985 году для копинг-тестов). Статистический метод: пакет программ Statistica 7.0 для Windows, критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Для изучения копинг-механизмов в двух группах пациентов после 45 лет была использована методика SVF, которая определяет 19 модальностей совладающего поведения с разной степенью адаптивности. Особенности копинг-поведения позволяют выявить характерные способы адаптации/псевдоадаптации, которые проявляются в реальном поведении и находят отражение в симптоматике. При исследовании был выявлен весь спектр изучаемых копинг-механизмов в обеих группах. Достоверные различия обнаружены в 16-ти из 19-ти шкал. Так по 10 шкалам показатели выше в группе невротических больных. Однако такие пациенты склонны в большей степени к использованию адаптивных и неадаптивных копингов, тогда как неврозоподобные больные чаще обращаются к относительно адаптивным копингам (во всех шкалах с адаптивными копингами показатели выше именно у них). Обращает на себя внимание тот факт, что в обеих группах пациентов ведущим копинг-механизмом является обращение к лекарствам (54,4 и 61,1), и наиболее выражено оно у неврозоподобных больных. Наименьшие показатели получены по шкале FLU (тенденция бегства) так же в обеих группах, но в группе неврозоподобных пациентов этот показатель достоверно ниже (38,8 и 24,7). Исходя из полученных данных можно сделать вывод о большем напряжении копинг-механизмов в группе невротических пациентов. По-видимому, доступность всего арсенала копингов затрудняет целенаправленность совладающего поведения. У пациентов возникают трудности в выборе, какой стиль поведения необходимо выбрать в той или иной стрессовой ситуации. Возможно, это обусловлено наличием внутриличностного конфликта, что приводит к повышению тревожности и неуверенности в своих силах. При исследовании взаимовлияния в группе неврозоподобных пациентов сосудистого генеза между, показателями копинга в методике SVF и симптомами в опроснике SCL выявлены достоверные связи. Так нами обнаружена прямая корреляционная связь между шкалами HER (относительно адаптивный копинг, означающий снижение остроты проблемы за счет сравнения с другими), SHAB (относительно адаптивный копинг,

означает отрицание вины), SEMITL (неадаптивный копинг, означает сострадание к себе) и SOM (соматизация). В то же время в группе невротических пациентов подобных связей значительно больше и они разнообразнее.

В группе пациентов с неврозоподобной симптоматикой первая корреляционная связь это - (HER- снижение остроты проблемы за счет сравнения с другими), обозначенное влияние относительно адаптивного копинга, приводящее к усилению соматизации говорит о том, что пациенты этой группы, сравнивая себя с другими, могут выбирать людей с более выраженными расстройствами, и представляют себя на их месте, что приводит к «поиску похожих симптомов у себя». Шкала (SHAB-отрицание вины), относительно адаптивный копинг, так же дает прямую корреляцию с соматизацией, так как сосудистые пациенты признавая биологическую неизбежность болезней, в связи с возрастом, прибегают к своего рода «изоляции от решения проблемы», нередко перекалывают ответственность на других (врачей, родственников и т.д.). Данное обстоятельство с одной стороны позволяет снять напряженность, с другой нивелирует собственное участие в решении проблемы, переводя пациента в роль беспомощного, то есть не способного самостоятельно принимать решения, больного, в том числе соматически, человека. Неадаптивная копинг стратегия SEMITL (сострадание к себе), усиливает соматизацию, способствуя не только снятию с себя ответственности, но и усилению значимости симптомов у этих пациентов, тем самым еще больше усиливая дезадаптивную сторону психологической адаптации.

Выводы: для пациентов обеих групп характерно напряжение механизмов психологической адаптации, преимущественно имеющих дезадаптивную направленность. Однако пациенты с сосудистыми неврозоподобными расстройствами реже прибегают к использованию адаптивных и неадаптивных копингов, и чаще к относительно адаптивным, что свидетельствует с одной стороны о большем напряжении копингов у невротических пациентов, с другой говорит о неустойчивом адаптационном потенциале (то есть данная группа больных способна оставаться в более стабильном психическом состоянии в привычных условиях, однако в состоянии стресса дезадаптивная направленность реагирования может быть выше), а так же имеют более выраженную склонность к соматизации. Вместе с тем, полученные данные указывают на более выраженную протективную направленность копинг-стратегий у пациентов с неврозоподобными расстройствами сосудистого генеза.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М: Медицина 2000.
2. Колотильщикова Е.А. Психологические механизмы невротических расстройств. Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук. СПб 2011.
3. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Неврозы позднего возраста. Изд. ОрГМА 2011.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОМПОНЕНТОВ ТЕМНОЙ ТРИАДЫ В ГРУППЕ УСЛОВНО-ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ

Зайцева Е.С., Ерзин А.И.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Понятие «Темная триада» вошло в психологическую терминологию сравнительно недавно. Делрой Полхус и Кевин Уильямс в 2002 г. обнаружили, что три личностные черты – неклинический нарциссизм, макиавеллизм и психопатия – образуют специфический синдром свойств, перспективный для изучения негативной («темной») стороны личности [3]. Неклинический нарциссизм, макиавеллизм и психопатия взаимосвязаны друг с другом, но в тоже самое время представляют собой

самостоятельные конструкты, вносящие в такие малопривлекательные особенности личности человека, как тщеславие, самомнение, эгоизм, циничность, эмоциональная отчужденность, манипулятивность, бессердечие, лживость, поверхностность эмоциональных реакций [3]. На настоящий момент исследования «Темной триады» проводятся относительно недавно, поскольку ее компоненты обладают сложной структурой, по поводу которой не существует единого мнения.

Цель работы: изучить взаимосвязь нарциссизма, макиавеллизма и неклинической психопатии.

Материалы и методы. Выборку составили 30 подростков в возрасте от 13 до 15 лет (16 мальчиков, 14 девочек). Исследование было организовано и проведено в общеобразовательном учреждении г. Оренбург. Использовались следующие психодиагностические методики: тест NPI-40 Raskin и Hall, опросник ПДО А.Е. Личко, Шкала макиавеллизма личности Christie и Geis. Для статической обработки данных использовался корреляционный анализ Пирсона. Расчеты проводились в программе IBM SPSS Statistics 22.

Результаты и обсуждение. Высокие баллы по тесту NPI-40 были выявлены у 10% (3 человека). Средний уровень показателей был выявлен у 66,7% (20 человек). Низкий уровень показатель - у 23,3% (7 человек). Высокие баллы по шкале макиавеллизма личности были выявлены у 13,3% (4 человека). Средние показатели – у 80% (24 человек). Низкие баллы по шкале макиавеллизма были выявлены у 6,7% (2 человека). По опроснику ПДО вероятность формирования психопатии отсутствует у 56,7% (17 человек). Вероятность формирования психопатии не определена у 30% (9 человек). Вероятность развития психопатии по эпилептоидному типу у 13,3% (4 человека). С помощью корреляционного анализа Пирсона были выявлены умеренно значимые взаимосвязи:

1.) *типов психопатий с субшкалами нарциссизма*, которые проявляются в следующем: истероидный тип психопатии взаимосвязан с избранностью (.281); гипертимный тип с авторитетом (.293), с демонстративностью (.349), с использованием людей (.345); циклоидный тип с авторитетом (.310), с тщеславием (.344); психастенический тип с самодостаточностью (.325);

2.) макиавеллизма с эпилептоидным типом психопатии (.281);

3.) макиавеллизма с субшкалами нарциссизма: с превосходством (.345), с избранностью (.315).

Заключение. Настоящее исследование показало, что такие компоненты «Темной триады» как неклинический нарциссизм, макиавеллизм и психопатия в группе условно здоровых подростков присутствуют у 4 человек из 30. Выявленные в процессе анализа корреляционные связи могут быть использованы для дальнейшего, более тщательного психологического анализа феномена темной триады.

Литература:

1. Christie R., Geis F. Studies in Machiavellianism. - New York: Academic Press, 1970. – 415 p.

2. Paulhus D.L., Williams K.M. The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy // Journal of Research in Personality. – 2002. - №36 (6). – P. 556 – 563.

3. Raskin R., Hall C.S. The Narcissistic Personality Inventory: Alternate form reliability and further evidence of construct validity // Journal of Personality Assessment. – 1981. -№45(2). – P. 159 – 162.

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКЦИЙ КАК ОСНОВА ПОЗИТИВНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Карпец В.В., Дереча В.А., Дёмина М.В., Котлярова С.В.
Оренбургский медицинский государственный университет
Оренбург, Россия

В настоящее время здоровье населения не может быть охарактеризовано полно без диагностики аддикций личности, разновидностей которых становится всё больше.

Ещё 15 лет тому назад в ООКНД совместно с кафедрой психиатрии и наркологии ОрГМУ была разработана концепция первичной позитивной наркопрофилактики, на основе которой были разработаны практические подходы к решению профилактических задач, направленных на привитие моды и личностных установок на здоровый образ жизни, на формирование духовности, зрелой самостоятельной личности и, как следствие, - «антинаркотического иммунитета», прежде всего у детей и подростков.

В Оренбургской области осуществляются два проекта профилактической направленности, инициированные наркологической службой Оренбургской области:

- с 2003 года реализуется программа «Молодое поколение делает свой выбор!» под девизом «Хочу жить долго и быть здоровым»

- с 2014 года осуществляется медиа проект «Право на жизнь» под девизом «Уважение к существующим законам».

Первый проект проводится в территориях области в виде декадников, заранее спланированных совместно с Министерством образования, УФСКН России по Оренбургской области, Министерством физической культуры, спорта и туризма, Департаментом молодежной политики и администрациями территорий.

Образовательная составляющая программы реализуется в виде семинаров-тренингов и диспутов бригадой (командой) специалистов, в состав которой входят представители всех вышеперечисленных организаций. Во время декадника осуществляется анкетирование подростков 7-11 классов по методике «Цветовые метафоры», участники получают раздаточный материал, содержащий пособия, буклеты, календари, блокноты, закладки. Финальным аккордом декадника является межведомственный круглый стол, который проходит в дискуссионном стиле с участием главы местной администрации, всех ключевых участников и исполнителей программы. Итоги работы обязательно освещаются в местных и областных СМИ и определяются планы на будущий год.

Полученный опыт реализации программы доказывает высокую эффективность проводимых профилактических мероприятий, поскольку они основаны на принципах комплексного подхода, охвата разных целевых аудиторий, системности, непрерывности и позитивного содержания. Одним из показателей эффективности является снижение первичной заболеваемости с диагнозом «наркомания». *За 2012 и 2013 годы на территории области с диагнозом «наркомания» среди несовершеннолетних не зарегистрирован ни один подросток, а в 2014 и 2015 годах – отмечены единичные случаи зависимости из-за интенсивного наплыва синтетических препаратов на рынок наркотиков.*

Медиа-проект «Право на жизнь» осуществляется с целью получения объективной информации о наркоситуации, о рисках, связанных с употреблением наркотиков и алкоголя на территории Оренбургской области, увеличения охвата профилактической работой населения области и привития уважения к существующим законам, на территории области реализовывается медиа-проект «Право на жизнь». В рамках проекта запланировано создание и размещение телевизионных сюжетов на двух региональных каналах «Регион» и «ТНТ», продолжительностью до 7 минут с общим количеством показов в год - 96.

В рамках данного медиа-проекта для занятий с учащимися изготовлены два четырехминутных видеоролика, направленных на повышение информированности

обучающихся о рисках эпизодического употребления психоактивных веществ и формирование установок на уважительное отношение к законам Российской Федерации в сфере противодействия незаконному обороту наркотиков. **Видеоролики растиражированы** и имеют текстовое поясняющее сопровождение. Фильмы повествуют об опасностях, которые могут ожидать подростков в случае если у них появиться интерес к первым пробам наркотических и одурманивающих веществ. Монохромная картинка, съемка актера с разных ракурсов, нестандартное выступление ведущего, делает подачу информации эмоциональной и хорошо усвояемой. Ведущие сообщают подросткам о возможных рисках от проб сигарет, таблеток и наркотических веществ. Важно, что в сюжетах отсутствует демонстрация процесса и способов употребления психоактивных веществ и отсутствуют названия препаратов.

Литература

1. Карпец В.В. Концепция первичной системно-позитивной наркопрофилактики / В.В. Карпец, В.А. Дереча, В.В. Постнов, Г.И. Дереча. – Оренбург, 2011.
2. Дереча Г.И. Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций / Г.И. Дереча, В.В. Карпец, М.В. Дёмина, В.А. Дереча, А.В. Гуров – учебное пособие. – Оренбург, 2014.
3. Дереча В.А. Счастье когда себя понимаешь. О значении личностного иммунитета в профилактике алкоголизма и наркоманий / В.А. Дереча. – Оренбург, 2009.

ОПЫТ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ НАЧАЛЬНОГО ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Катан Е.А.¹, Писарева Г.А.²

¹ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ,

²Оренбургский государственный педагогический колледж им Калугина
Оренбург, Россия

«Treatment is education» («лечить образованием») - звучит лозунг общества американских родителей. Согласно этому принципу, воспитание и обучение становятся основными методами лечения аутизма.

Цель исследования: определение эффективности психосоциальной абилитации детей с расстройствами аутистического спектра при обучении их по программе начальной школы в специально организованных условиях. Материалы и методы. Было изучено 42 ребенка в возрасте от 6 до 11 лет, 37 мальчиков, 5 девочек, имеющих расстройства аутистического спектра различной степени выраженности, находящихся на обучении в экспериментальных 1, 2, 3, классах начальной школы ресурсного центра при педагогическом колледже им. Калугина. 42 ребенка (97,8 %) имели разную степень стойких нарушений функций организма, выраженных количественно от 40% до 90% и были признаны инвалидами. Критериями включения были общие расстройства психического развития рубрика F 84 (МКБ – 10) с типичным (синдром Каннера, F 84.0) (25 наблюдений, 59,5%) и атипичным аутизмом (F84.1) (6 человек, 14,35%). Аутизм сочетался с умственной отсталостью легкой, средней и тяжелой степени выраженности F71, F72 (11 человек, 27%). Наблюдаемые дети получают начальное образование согласно ФГОС начального общего образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра. Каждый ребенок имеет индивидуального сопровождающего тьютора (ассистента учителя). Успеваемость соответствовала программе 3 класса у 7 человек, программе 2 класса – у 9 детей (не переведено с прошлого учебного года 4 ребенка), обучение в первом классе начали 26 человек (не переведено с прошлого учебного года 3 ребенка). Использовались методы исследования: клинико-психопатологический (критерии, предложенные Семашковой Н.В., Макушкиным Е.В., 2015 г), психометрический (оценка

социального функционирования по шкале GAF, оценка выраженности аутических проявлений по шкале CARS (Childhood Autism Rating Scale (Schopler E. et al., 1988).

Результаты и обсуждение: при оценке тяжести аутизма по шкале CARS получены данные: 30-36 баллов – легкий/умеренно выраженный аутизм (все обучающиеся 3 класса, 7 учеников 2 класса, 15 учеников 1 класса), 37-60 – тяжелый (2 девочки из 2-ого класса, 11 учеников первого класса).

Для учеников 1 класса наиболее дезадаптирующим фактором являлись сопутствующие эмоциональные расстройства – тревога, страх, связанные с изменением привычного образа жизни, появлением большого количества незнакомых людей, что клинически выражалось в одном наблюдении стереотипным непроизвольным бредоподобным высказыванием «он (любой попадающий в поле предмет) меня съест». Наиболее типичным проявлением был активный (с плачем и громкими криками) негативизм, в некоторых случаях достигавший степень агрессивного (укусами, ударами по тьюторам) и аутоагрессивного (ударами головой об стену) протеста. Для детей с тяжелой выраженностью аутистических расстройств так же были характерны периодические наплывы кататонической симптоматики, проявляющейся в моторном стереотипном возбуждении – от кругового бега, до механического перелистывания страниц или чирканья ручкой. Так же отсутствовало пространственное и временное ориентирование – представление о классе, парте, начале и окончании занятий, смены предметов в расписании. Правильное поведение ребенка поддерживалось благодаря организующей (холдинг-методом (теплое удерживание)) помощи тьюторов. Недостаточная функция внимания не позволяет детям полноценно реагировать на стимулы учителей, так же требовалась дополнительная обучающая и направляющая активность тьюторов, часто проявляющаяся в форме «работать руками ребенка». Это позволяло преодолевать недоразвитие мелкой моторики, трудности удержания, ручки, карандаша, координировать письмо в соответствии с рабочим пространством тетради.

У детей-первоклассников с умеренной выраженностью аутистических расстройств отмечается интерес к информации, исходящей от педагогов, вовлеченность в выполнение заданий, дети начинают проявлять и реализовать потребность в общении со сверстниками, имитировать общение в играх.

У учеников второго класса выработана пространственно – временная ориентировка в школе, усвоено основное место занятий, представление о классе, парте, игровой комнате. Дети не испытывают тревоги, страха, окружающие люди привычны. Устанавливаются относительные межличностные отношения между учителями, тьюторами, одноклассниками. Но каждый ребенок существует автономно, зачастую не замечает других детей, установить контакт удается с 3-4 обращения. У детей сформированы начальные навыки письма, счета, чтения, имеется запас информации об окружающей среде. Основной проблемой является высокая психическая пресыщаемость и быстрое истощение, что приводит к потере сознательного восприятия информации и заданий, исходящих от учителя, кроме того затруднено, а часто и недоступно, произвольное выполнение заданий. Помощь тьютора данным детям заключается в вербальной стимулирующей и организующей коррективке.

В 3 классе основным препятствием в обучающем процессе является искажение когнитивных функций, проявляющееся в недостаточном объеме внимания, паралогичными результатами мышления, избирательному непроизвольному запоминанию и воспроизведению информации. У детей нарабатаны основные школьные навыки, существует некоторая степень ориентации в вопросах общежития, окружающего социума, начинает формироваться индивидуальное социальное поведение. Данным детям требуется эмоциональная помощь тьюторов, носящая характер положительного подкрепления.

По результатам психометрической оценки социального функционирования наблюдаемых детей по шкале GAF (70-41 балл у учеников 3 класса, 50-21 балл – у учеников 2 класса, 50-11 балл в 1 классе) был сделан вывод, что в процессе

экспериментального обучения происходит улучшение социального функционирования детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, как за счет редукции опасных для себя и окружающих действий, формирования устойчивых бытовых навыков самообслуживания, так и за счет появления социальной и образовательной деятельности, формирования значимых межличностных контактов.

ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

Катан Е.А., Якушева А.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Изучение у личности болезненных установок и мотивов, толкнувших его на противоправное деяние особенно актуально в настоящее время, когда вопреки постулату о неизменности уровня преступности среди душевнобольных, растет показатель преступности среди данного контингента людей, а экспертная работа по установлению невменяемости становится все сложнее.

Целью исследования: определение особенностей потребностно-мотивационных свойств личности больных шизофренией и шизотипическим расстройством, совершивших общественно опасные деяния.

Материалы и методы. В исследование включены 2 группы (по 21 мужчине каждая) – основная и контрольная: больные шизофренией и шизотипическим расстройством, находящиеся на принудительном и добровольном лечении. Группы сформированы в соответствии с критериям рубрик F20 (параноидная шизофрения) и F21(шизотипическое расстройство). Главное различие исследуемых групп - наличие факта совершения преступления, постановления суда о признании невменяемым и направление на принудительное лечение в отделение специализированного типа. Структура общественно-опасных деяний, совершенных больными, находящимися на принудительном лечении представлена следующими преступлениями: 14,3% преступлений из этой группы больных совершено под влиянием потребности в приобретении и употреблении современных синтетических наркотических веществ, 14,3% - это грабежи, причем мотивы к их совершению были казуистичны и импульсивны. 61,9% преступлений совершены в состоянии алкогольного опьянения. Принудительные действия сексуального характера представлены двумя случаями и совершены в отношении несовершеннолетних лиц.

Методы: клинико-психопатологический и экспериментально-психологический. Использована шкала PANSS, самоактуализационный тест (САТ); диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности (С.С.Бубнова), многофакторного опросник ММРІ («Мини-мульти»), тест исследования интеллекта Р.Амтхауэра; опросник для исследования уровня импульсивности В.А. Лосенкова.

Результаты и обсуждение. Клиническая выраженность продуктивных, негативных, общепсихопатологические расстройств была оценена по шкале PANSS соответственно: сомнительные, умеренные, слабовыраженные.

По результатам теста САТ было установлено: При исследовании независимых друг от друга базовых шкал «Ориентации во времени» (Тс) и «Поддержки» (I) обнаружилось низкие показатели в обеих группах испытуемых. Пациенты ориентированы на выборочное восприятие своего жизненного пути. Они высокочувствительны, конформны, несамостоятельны. В основной группе по дополнительным шкалам выявились низкие показатели: в блоке «Межличностной чувствительности» - шкалы «Принятия агрессии» (А) и «Контактности» (С); в блоке «Концепция человека» - по шкалам «Представлений о природе человека» (Nc) и «Синергии» (Sy). Таким образом, вторичная потребность в

самоактуализации у больных, совершивших общественно-опасные деяния менее воплощена в жизнь, чем у больных не совершавших общественно опасные деяния.

При изучении реализации ценностных ориентаций было выявлено, что влияние на поведение больных в обеих группах оказывали потребность в здоровье, потребность в уважении. Оказались не значимы вторичные потребности, характерные для самоактуализирующейся личности – любовь, социальная активность, поиск и наслаждение прекрасным, приятное времяпрепровождение и отдых, высокое материальное благосостояние, помощь и милосердие к другим людям, высокий социальный статус.

При исследовании характера больных обнаружили наиболее высокие показатели (более 70 Тен) по шкале «Психопатии» (Пд), что свидетельствует о нарастающей социальной дезадаптации, склонности к конфликтам и оппозициям к социальным нормам и ценностям. Другой чертой характера исследуемых больных согласно шкале «Психастения» (Пт) явилась склонность к тревожно-мнительному реагированию, проявляющемуся боязливостью, нерешительностью, приобретающему форму избегающего поведения с персистирующей тревогой о здоровье. Кроме того, высокие показатели по шкале «Шизоидность» (Se) свидетельствуют о сочетании повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях. Таким образом, для лиц, страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством были выявлены общие черты характера, которые проявляются и обостряются вследствие заболевания в виде агрессивности, конфликтности, тревожности, опасений, ранимостью с утратой синтонности и эмпатии.

Исследование когнитивных ресурсов показало, что у больных шизофренией и шизотипическим расстройством, совершивших общественно опасные деяния, интеллект ниже, чем у больных, находящихся на добровольном лечении

В сфере эмоционально-волевого контроля для больных, совершивших общественно опасное деяние характерна высокая импульсивность. Для больных, находящихся на добровольном лечении свойственен средний уровень контроля импульсивности.

Таким образом, определилось искажение мотивационно-потребностной сферы больных шизофренией и шизотипическим расстройством. Для них более актуальной является реализация первичных потребностей, поскольку изменения, привносимые болезнью в виде недостатка когнитивного, эмоционального и волевого функционирования искажают и делают в недостаточной мере доступной потребность в самоактуализации.

ПРОАКТИВНОСТЬ КАК КОМПОНЕНТ САМООСОЗНАНИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ

Кобзева Л.С.¹, Ерзин А.И.²

¹ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Самара, Россия

² ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Оренбург, Россия

Актуальность. Интерес к проблеме самоосознания традиционно высок, о чем свидетельствует возрастающее количество работ, посвященных самым различным аспектам самосознания [1-2], в особенности, изучению данного феномена у лиц с зависимостью от психоактивных веществ [3-5]. На современном этапе изучения психологических проблем и реабилитации лиц с синдромом зависимости, исследований самоосознания через феномен проактивности не достаточно, учитывая, что проактивность - это широкое понятие, охватывающее личностные детерминанты самодетерминации, это важный ресурс, позитивно влияющий на состояние психического и физического здоровья.

Разработка проблемы проактивности особенно востребована в поиске эффективных способов реабилитации лиц с синдромом зависимости.

Цель исследования: изучение особенностей проактивного поведения и проактивного копинга у наркологических больных.

Материалы и методы. Исследованием охвачено 30 человек мужского пола в возрасте от 18 до 35 лет с синдромом зависимости (шифр F11.0-F14.9 по МКБ-10). Основная задача исследования: сравнительный анализ использования проактивного копинга и его форм у лиц, проходящих медикаментозное лечение, и пациентов, участвующих в программе психосоциальной реабилитации. Методы: было проведено экспериментально-психологическое исследование при помощи опросника «Проактивное совладающее поведение» Е. Greenglass и R. Schwarzer в адаптации Е.С. Старченковой и опросника «Проактивное поведение» А.И. Ерзина.

Результаты. В ходе проведенного исследования установлено, что средние показатели предпочтительности стратегий совладающего поведения у наркозависимых лиц имеют низкие значения по всем параметрам теста, это свидетельствует о редком обращении к стратегиям проактивного совладающего поведения. Необходимо также отметить, что у лиц, участвующих в психосоциальной реабилитации, степень выраженности показателей достоверно выше ($U_{эмп} = 0$, при $p \leq 0,01$), чем у лиц, находящихся на медикаментозном лечении. Так, лица, участвующие в программе психосоциальной реабилитации, не испытывают дефицит навыков планирования, активно используют формы социальной поддержки, а также способны преодолевать стрессовые и проблемные ситуации, в сравнении со второй группой обследуемых. Достоверные различия ($U_{эмп} = 23,5$, при $p \leq 0,01$) при сравнении результатов 1 и 2 группы были выявлены также по опроснику «Проактивное поведение». Лица, проходящие реабилитацию, способны критически оценивать свои поступки, брать на себя ответственность за события в своей жизни, при этом руководствуясь потребностями, которые хорошо контролируются сознанием.

Заключение. Мы полагаем, что дальнейшее исследование проактивности как важного элемента самоосознания личности у наркозависимых позволит наметить пути психосоциальной реабилитации и повысить эффективность клинико-психологического сопровождения при лечении данного контингента больных.

Литература:

1. Бурлакова Н.С. Внутренний диалог в структуре самосознания и его динамика в процессе психотерапии // Автореф. дис. канд. псих. наук. - М., 1996.
2. Кувшинникова М.Б., Ковшова О.С. Математическая модель диагностики, как способ диагностики достоверно значимых факторов наркозависимого поведения мужчин. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»— СПб.: Альта Астра. - 2015. - С. 402
3. Маренич О.Н. Особенности самосознания у лиц, с зависимостью от психоактивных веществ // Автореф. дис. канд. псих. наук. - М., 1999.
4. Miller W.A. Using hypnotherapy in communicating with recovering addicted patient // Alcohol Treat Quart.- 1991.- №8.- p. 1-18.94 f.
5. Whitfield Ch. Advances in alcoholism and chemical dependence // Amer. J. Med.- 1988.-85, № 4.-p. 465.

ПРОБЛЕМА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С БУЛИМИЕЙ

Короленко В.В.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Новосибирск, Россия

Актуальность исследования: Несмотря на то, что сообщения о пищевых аддикциях появились давно [1], еще в середине 20 века, однако особую значимость они приобрели с 90-х годов 20 века, когда по всему миру набрал популярность фаст-фуд и мотивацией к потреблению пищи стало не удовлетворение голода, а «мода на рестораны быстрого питания» и возможность ухода от неустраивающей человека субъективной реальности. В момент неудовлетворенности, появления негативных эмоций, возможно раздражения, скуки появляется стремление «заесть» неприятность, используя для этого процесс потребления пищи. Нередко это получается, так как во время еды происходит фиксация на приятных вкусовых ощущениях и вытеснение в подсознание материала, который имеет психологически неприятное содержание. При этом происходит автоматически процесс «затягивания времени», то есть человек либо ест большое количество пищи, либо наоборот медленно ест малое количество пищи. Такой уход от реальности может оказаться достаточно эффективным способом контроля своего настроения, провоцируя таким образом, быстрое формирование зависимости. Одновременно с этим пациенты начинают отмечать изменения в своей фигуре – они начинают набирать вес и на этом фоне погружаться в депрессивное состояние, поскольку для пациентов, страдающих булимией, также крайне важной является тема зависимости от положительной оценки окружающих. Для стабилизации собственной самооценки, страдающим булимией необходимо быть уверенными в одобрении окружающих. Они стараются вести себя так, чтобы соответствовать ожиданиям людей вокруг них, собственные желания подавляются, отходят на второе место, первое же прочно занимает желание сделать счастливыми окружающих. Также наблюдается некая цикличная модель «неудача-подавленность, депрессия-пищевая аддикция в форме булимии(как способ выйти из депрессивного состояния) и через некоторое время повторно депрессивная реакция, но уже из-за булимии» [2]. Не находя решения своих проблем и в силу перфекционизма, который свойственен пациентам с пищевой аддикцией, больные начинают процесс бесконтрольного потребления пищи. Таким образом, у больных булимией желание совершенства принимает иное направление, когда дело касается еды — «если я не могу быть хорош в сфере поддержания диеты, то пусть я буду отвратителен».

Цель исследования: Изучение вопроса булимии как фактора риска суицида, его ранней диагностики, профилактики суицидального поведения и кризисной помощи при незавершенных суицидах, а также предупреждение повторных суицидальных действий. Изучение подходов к решению проблемы булимии как способа выхода из депрессии.

Материалы и методы: Исследуемая группа состояла из 21 пациента; из которых 4 мужчин и 17 женщин, возраста до 35 лет в ГБУЗ НСО ГНКПБ№3. Изучение наследственных факторов, факторов окружающей среды, которые предрасполагают к развитию депрессии либо булимии; исследования случай-контроль лиц, совершивших суицидальные попытки. Ретроспективное изучение взаимосвязи между совершением суицидальных попыток и появлением пищевой аддикции, влияние на суицидальное поведение сочетания факторов-склонности к аддиктивному поведению, личностные особенности, личные достижения, успехи и неудачи в определенные моменты жизни.

Результаты исследования: Частота самоубийств при пищевой аддикции 6,5%. У 7 пациентов суицидная попытка носила демонстративный характер, у 10 лиц она была ответной реакцией на переживания, связанные с неприятием своего тела окружающими. 20 испытуемых обращались за помощью к психотерапевту, 1 - звонил в службу доверия. У 3 сохраняется суицидальная настроенность. У 16 пациентов булимия возникла перед

появлением суицидальных мыслей, у 5 пациентов после (76,1% и 23,9% соответственно). 20 пациентов имеют проблему ожирения и у 4 пациентов есть сахарный диабет.

Выводы: Была продемонстрирована важность наличия пищевой аддикции в совершении суицида, однако одного фактора недостаточно для объяснения суицидального поведения как такового. Личностные особенности, возраст, возможное наличие аффективных расстройств, злоупотребление психоактивными веществами высоко коррелирует с совершением суицида. Инициативные проекты по предупреждению суицидов должны основываться на рассмотрении факторов, способствующих формированию суицидального поведения. Также было отмечено, что к лечению депрессии при пищевой аддикции, в частности при булимии требуется целостный мультидисциплинарный подход, который будет сочетать в себе фармакотерапию; индивидуальную, групповую и семейную психотерапию, обучение здоровому образу питания.

Литература:

1. Короленко Ц.П. «Психосоциальная аддиктология», Издательство «Олсиб» 2001г., стр. 140-143.
2. Brown, M., Comtois, K., Linehan, M. (2002) Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 111, 200.

ПРОГРАММА РАННИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ПЛОДА

Кралько А.А., Осипчик С.И.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр
психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь

Одним из пренатальных факторов риска, который оказывает негативное влияние на развитие ребёнка, является воздействие алкоголя на плод во время беременности. В зависимости от степени алкогольного воздействия последствия могут включать в себя непроизвольное прерывание беременности, мертворождение, а также спектр разнообразных пожизненных нарушений, известных как алкогольный синдром плода (АСП). По результатам наших собственных исследований распространенность АСП в Республике Беларусь составляет 7 случаев на 1000 человек населения. Это определяет необходимость разработки программы (метода) ранних вмешательств для профилактики алкогольного синдрома плода в целевых группах.

Цель исследования - разработать программу ранних вмешательств для профилактики алкогольного синдрома плода в целевых группах.

Материалы и методы. С помощью теста AUDIT и специально разработанной анкеты проводился скрининг и оценка проблем, связанных с употреблением алкоголя в группах женщин детородного возраста до 35 лет (нерожавших, беременных, рожениц), выборка 300 чел.

Результаты и обсуждение. Выделены и описаны факторы, способствующие употреблению алкоголя в группах женщин детородного возраста до 40 лет (нерожавших, беременных, рожениц). Углубленный анализ факторов, детерминирующих формирование различных типов культуры потребления алкоголя среди женщин детородного возраста до 35 лет, показал, что на формирование психологической и социально-поведенческой зависимости и привычки к вредному и противоправному употреблению алкоголя указанной группы женщин наибольшее влияние оказывают социально-культурные причины: неудовлетворительное физическое здоровье и пессимистическое жизненное настроение; недостаточное знание об особенностях формирования алкогольной зависимости и вредных последствиях пьянства, уверенность в безвредности употребления

алкоголя и допустимости его употребления, как самими респондентами, так и их родственниками; неопределенность и противоречивое настроение в отношении планов на изменение практикуемого стиля потребления алкоголя и сокращение его употребления; неразвитость умений и навыков рационального проведения досуга; распространенность так называемых питейных традиций в семье, среди родственников, приятелей и друзей; нравственно-психологическая атмосфера неполной семьи. Мотивация употребления алкоголя у женщин детородного возраста до 40 лет преимущественно связана с социокультурными, гедонистическими, социально-психологическими и психофизиологическими причинами.

На основе полученных данных предложены принципы и этапы создания программы (метода) ранних вмешательств для профилактики алкогольного синдрома плода в целевых группах. Принципы программы ранних вмешательств для профилактики алкогольного синдрома плода в целевых группах: просвещать; представлять факты, а не обвинять; предоставлять возможность выбора: контрацепция или прекращение/уменьшение употребления алкоголя; подчеркивать ответственность самой пациентки за выбор; поддерживать и выражать уверенность в ее способности изменить поведение.

На основе данных принципов предложены следующие этапы программы ранних вмешательств для профилактики алкогольного синдрома плода в целевых группах:

1. Информационно-образовательный этап - представление положительного результата (отсутствие забот о ребенке, нуждающемся в дополнительном уходе или о ребенке-инвалиде) в случае изменения установок, касающихся алкогольного поведения во время беременности и отказа от употребления алкогольных напитков; представление отрицательного результата (появление забот о ребенке, нуждающемся в дополнительном уходе или о ребенке-инвалиде) – в случае продолжения употребления алкоголя.

2. Краткосрочное вмешательство, адаптировано к условиям работы врача-гинеколога и врача-педиатра в системе здравоохранения. Основной его целью является предотвращение воздействия алкоголя на плод для профилактики АСП.

3. Мотивационное интервью – это беседа, мотивирующая пациента к необходимым изменениям, эмпирически проверенный метод помощи тем, кто находится в состоянии амбивалентной неопределенности (пить или не пить).

4. Смоделированы примеры возможных вариантов ответов на типичные вопросы, возникающие у женщин в связи с употреблением алкоголя во время беременности.

Таким образом, программа ранних вмешательств для профилактики алкогольного синдрома плода в целевых группах позволит адекватно информировать женщин детородного возраста (и их партнеров) о риске употребления алкоголя при беременности; внедрить стратегии краткосрочного вмешательства, мотивационного интервьюирования и предоставить варианты ответов на типичные вопросы об эффектах алкогольного влияния на плод.

АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА, СВЯЗАННОГО С ПЬЯНСТВОМ И АЛКОГОЛИЗМОМ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Кралько А.А.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь

В 2014 году, по данным Национального статистического комитета Республики Беларусь, совокупный уровень продажи алкоголя в Беларуси составил 10,47 литров абсолютного алкоголя на душу населения. Республика Беларусь по уровню потребления алкоголя входит в первую десятку стран с наибольшим потреблением абсолютного алкоголя на душу населения. Кроме ущерба, наносимого здоровью населения,

последствия употребления алкоголя в стране сопряжены с потерями экономического характера. Согласно оценкам ВОЗ, связанные с алкоголизмом расходы для общества составляют 2-5% ВВП.

С целью разработки адекватных механизмов воздействия на алкогольную ситуацию в стране нами была поставлена цель оценить минимальный уровень экономических потерь от пьянства и алкоголизма в Республике Беларусь.

Материалы и методы. При расчете использовались данные о затратах по отдельным статьям бюджета, опубликованные статистические данные Национального статистического комитета, а также информация, поступившая от Министерства труда и социальной защиты, Министерства по чрезвычайным ситуациям, Министерства внутренних дел.

Результаты и обсуждение. При расчете прямых экономических затрат учитывались: затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов, страдающих алкоголизмом и употребляющих алкоголь с вредными последствиями – составили 28 298,9 млн. бел. руб.; затраты на реализацию Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма (2 682,2 млн. бел. руб.); затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом, вследствие пьянства и алкоголизма (расходы на содержание лечебно-трудовых профилакториев, вытрезвителей, на содержание лиц совершивших преступления в состоянии алкогольного опьянения, ущерб вследствие пожаров, случившихся по вине лиц, находившихся в состоянии алкогольного опьянения) – составили 509,3 млрд. бел. руб.).

К косвенным затратам мы отнесли: экономические потери в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие алкоголизма; экономические потери в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие металкогольных заболеваний; затраты на диагностику, лечение, реабилитацию пациентов с металкогольными заболеваниями и созависимых. Кроме того, учитывались прямые расходы домохозяйств на приобретение алкогольных напитков.

В 2014 г. вследствие алкоголизма в стране умерло 6713 человек. Учитывая, что ВВП на душу населения в 2014 году составил 82,1 млн. бел. руб., экономические потери в связи с преждевременной смертностью вследствие алкоголизма равны 551,1 млрд. бел. руб.

Количество потерянных лет жизни от всех причин и факторов риска по данным научной литературы составляет 137 лет на 1000 человек. Доля алкогольного злоупотребления в этом показателе достигает 5%, или 6,85 лет на 1000 человек в год. Исходя из зарегистрированного количества населения в 2014 г. (9 481,0 тыс. человек) число лет жизни, потерянных вследствие заболевания связанных со злоупотреблением алкоголем в 2014 г. - 64856,5 лет. Таким образом, стоимость потерянных лет жизни, вследствие причин, связанных со злоупотреблением алкоголем в 2014 г. составила 5332,0 млрд. бел. руб.

По данным научной литературы до 38% затрат на больничную помощь связаны со злоупотреблением алкоголем. Так как в нашей стране подобные исследования не проводились, для расчета затрат этого вида использовался средний показатель доли затрат, обусловленных злоупотреблением алкоголем в 20%. Соответственно затраты на диагностику, лечение, реабилитацию пациентов с металкогольными заболеваниями составили 549,1 млрд. бел. руб.

В 2014 году зафиксировано 19869 случаев появления на работе в состоянии алкогольного опьянения, распития алкогольных напитков в рабочее время или по месту работы. Принимая во внимание, что в соответствии с Трудовым кодексом Республики Беларусь такие работники отстраняются от работы, экономические потери при стоимости одного человеко-дня 217 802 бел. руб. составили 4,3 млрд. бел. руб. Экономический ущерб от увольнений по причине употребления алкогольных напитков на рабочем месте составил 9,2 млрд. бел. руб.

Прямые расходы домохозяйств на приобретение алкогольных напитков рассчитывалось на экономически активное население, в 2014 году на эти цели потрачено 6 211,6 млрд. рублей.

Таким образом, экономические потери, связанные с пьянством и алкоголизмом в 2014 году составил 1,7% от ВВП, что сопоставимо с аналогичными показателями за 2012 и 2013 годы (1,7% и 1,8% соответственно). Следует отметить, что это минимальный уровень экономических потерь, рассчитанный на основании доступных статистических показателей. При учете других факторов экономический ущерб от пьянства и алкоголизма будет более значительным (по нашим оценкам - выше в 2 – 3 раза). Для его полной объективизации в настоящее время нами продолжается разработка соответствующей методики.

ФОРМЫ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Краснощекова И.В., Быкова И.С.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

В современной России чрезвычайно актуальны проблемы ранней комплексной реабилитации детей, страдающих органической патологией в связи с большой распространенностью. Создание дифференцированной сети специальных лечебных учреждений позволяет обеспечить своевременное лечебно-психолого-педагогическое воздействие на ребенка с ante-, peri- и постнатальной патологией в анамнезе с целью восстановления нарушенных высших психических функций [2].

Среди разнородного контингента проблемных детей, попадающих в поле зрения, клинического психолога выделяются дети, страдающие минимальной мозговой дисфункцией (ММД), наиболее лёгкой формой церебральной патологии, возникающей вследствие самых разнообразных причин, но имеющей однотипную, стёртую неврологическую симптоматику и проявляющуюся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга [1, 3].

В невропатологии ММД не выступает в качестве серьёзного дефекта. Дети с лёгкими функциональными отклонениями уже в возрасте одного - двух лет снимаются с диспансерного учёта, и если не дают серьёзного повода для беспокойства, то неврологи ими больше не занимаются. Ребенок взрослеет, а дефект обрастает вторичными отклонениями в психическом развитии. Дошкольная жизнь ребёнка с ММД может протекать вполне благополучно, однако ситуация меняется с момента поступления в школу. С первого дня требования предъявляются именно к тем свойствам, которые у детей с ММД нарушены, что приводит к школьной дезадаптации.

Для детей с ММД характерно:

- снижение объёма оперативной памяти;
- неполная сформированность зрительно-моторной координации;
- сложности формирования произвольного внимания;
- снижения произвольной регуляции и самоконтроля;
- быстрая утомляемость и снижение работоспособности;
- наличие высокой тревожности и заниженной самооценки;
- поведенческие реакции оппозиции, протеста.

Психологическая служба осуществляет первичную диагностику проблем интеллектуального, эмоционального и личностного развития пациентов с ММД, используя стандартный набор методик, позволяющий проводить квалифицированную диагностическую работу с развернутой компьютерной обработкой и анализом.

Однако задачи клинического психолога в клинике не исчерпываются поисками критериев диагностики и обучаемости. В этой области проводится боль-

шая коррекционная работа. Она касается как восстановления отдельных нарушенных функций, так и коррекции нарушенного развития в целом.

Основными задачами психокоррекционной работы с детьми, страдающими ММД, являются:

- повышение познавательной активности детей и помощь в развитии основных психических процессов (*внимание, памяти, мышления и др.*);
- коррекция эмоционально-личностной сферы ребенка;
- развитие произвольной регуляции психической деятельности;
- развитие коммуникативных навыков ребенка.

Дети с ММД нуждаются в комплексной коррекции с использованием психолого-педагогических методов, направленных на преодоление нарушений внимания, памяти, наглядно-образного мышления, пространственной координации. Особенно актуальной при этом представляется дальнейшая разработка подходов к коррекции недостаточно сформированных функций организации, программирования и контроля психической деятельности.

Осуществляя анализ проделанной работы, нами отмечено, что в результате комплексного медицинского сопровождения и психокоррекционных мероприятий достигается ослабление имеющихся болезненных симптомов, улучшение качества обучения и адаптации к внешней среде. А благодаря обмену информацией между всеми участниками коррекционного процесса улучшается видение проблемы ребенка как с точки зрения медицинских аспектов развития болезни, так и с психолого-педагогических аспектов, что позволяет в дальнейшем успешно осуществлять реабилитацию детей.

Своевременное оказание психокоррекционной помощи ребенку с ММД позволяет привести в большее соответствие его возможности с предъявляемыми в школе требованиями и способствовать более успешной социальной адаптации. Это определяет необходимость дальнейшей разработки новых форм оказания психологической помощи детям с ММД.

Литература:

1. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение. /Русский медицинский журнал, том 14, №1, 2006. – С. 2-7.
2. Психофизиологическая диагностика и психолого-педагогическая помощь детям с СДВГ/Экспертный доклад (на рус. яз.), М.:2007. – 42 с.
3. Руководство по детской неврологии / Под ред. Проф. В.И. Гузеевой. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004. – 496 с.

КОПИНГ-МЕХАНИЗМЫ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Краснощекова И.В., Дереча В.А., Быкова И.С.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность проблемы обусловлена тем, что с каждым годом возрастает количество детей с таким заболеванием, как ранний детский аутизм. Авторы (L.Wolf, 1989; M.Gill, S. Harris,1990; S.Harris,1994; О.С.Никольская, Е.Р. Баенская, М. М. Либлинг,2010) отмечают тяжелое положение родителей аутичного ребенка, даже в сравнении с близкими других трудно развивающихся детей.

Проблемы родителей детей с ранним детским аутизмом, нарушение эмоциональной связи с ребенком, без которой невозможно его развитие и социализация, формируют особые отношения внутри семьи, и все больше признается необходимость оказания психологической помощи не только ребенку, а также его семье, особенно матери.

Матери этих детей подвергаются воздействию значительного числа стрессогенных факторов (Л.М.Шипицина,2001; О.С.Никольская,2005; И.Ю.Левченко,В.В. Ткачева,2008). Наряду с трудностями в повседневной жизни, связанными со сложностями воспитания своего ребенка, матери испытывают ряд глубоких психологических проблем, где в ситуации хронизированного жизненного кризиса у них формируются особые системные механизмы психологической защиты в рамках стратегий совладающего поведения.

На сегодняшний день имеет место недостаточная разработанность проблемы исследования совладающего поведения матерей детей с ранним детским аутизмом и незначительное освещение этого вопроса в специализированной литературе.

Цель исследования: изучить особенности механизмов совладающего поведения у матерей детей с ранним детским аутизмом .

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе Оренбургской клинической психоневрологической больницы. В исследовании принимали участие 65 матерей детей с ранним детским аутизмом. Для изучения особенностей копинг- поведения использовался опросник Е.Heim(1988), который позволяет определить модальности 26 вариантов копинга в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах разной степени адаптивности.

Результаты и обсуждение: анализ показал, что по поведенческому копингу матери детей с ранним детским аутизмом используют как адаптивные, так и неадаптивные стратегии — 20% (альтруизм) и 29,9% (активное избегание) соответственно. Из адаптивных поведенческих вариантов с наибольшей частотой определяется копинг «альтруизм», но наибольший процент среди всех вариантов поведенческих стратегий приходится на неадаптивную стратегию «активное избегание»: "Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредотачиваться на своих неприятностях" (29,9%).

Обращает на себя внимание факт, что помимо выделенного «активного избегания» второе место из дезадаптивных вариантов по частоте выборов отведено стратегии «компенсация» (20%): "Стараюсь отвлечься и расслабиться".

В когнитивных стратегиях наибольший процент имеют дезадаптивные стратегии «растерянность»: «Я не знаю, что мне делать, и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей» (31,5%) и «диссимуляция»: “Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо” (17,5%). Копинг «растерянность» имеет самый больший процент среди всех копинг-механизмов, используемых матерями.

В эмоциональных стратегиях преобладают дезадаптивные стратегии «агрессивность»: “Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным” (24,5%), и «самообвинение» : “Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам” (19,2%) ,и относительно адаптивная стратегия «пассивная кооперация»: "Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы мне помочь" (22,8%), содержание которой отражает установку многих матерей детей с ранним детским аутизмом.

Заключение: в процессе исследования установлено, что совладающее поведение матерей детей с ранним детским аутизмом отличается разнообразием. В стрессовых событиях жизни матери используют как адаптивные, так и неадаптивные копинг - механизмы. При сопоставлении психологических механизмов адаптации в трёх сферах функционирования личности (поведенческой, когнитивной и эмоциональной) определилось, что у матерей преобладают неконструктивные варианты копинг-поведения во всех трёх сферах. Матери достоверно меньше используют адаптивные формы копинг-поведения, что даёт возможность прогнозирования вероятностных проблем в отношении матери и ребенка, связанных с социальной адаптацией и их психическим здоровьем. Полученные результаты имеют практическое значение как для понимания возникающих проблем психогенеза и патогенеза, так и для организации оптимальных психопрофилактических мероприятий для усиления адаптивных

личностных механизмов матерей, оказавшихся в трудной ситуации, связанной с болезнью ребенка.

Литература:

1. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье /И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева // М.: Просвещение, 2008. - 240 с.
2. Никольская, О. С. Аутичный ребенок: пути помощи/ О. С Никольская, Е.Р. Баенская, М. М. Либлинг. — М.: Теревинф, 2010. – 288 с.
3. Никольская, О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение/О.С.Никольская и др. — М.: Теревинф 2005. -224с.
4. Шипицына, Л.М. Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына. — СПб., 2001.- 255с.
5. Gill M., Harris S., Hardiness and social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism. // Autism and Developmental Disorders. 1990. - 21. - pp. 407-416 Harris S. Treatment of family problems in autism / S. Harris // Behavioral issues in autism / E. Schopler, G. Mesibov (eds.).- N.Y., 1994.
6. Wolf L., et al. Psychological effects of parental stress on parents of autistic children// Autism and Developmental Disorders. 1989.19, pp.157-166.

ПСИХИАТРИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ: ПРОШЛОЕ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Кучкаров У.И.

Бухарский государственный медицинский институт
Бухара, Узбекистан

Психическое здоровье – неотъемлемая часть общественного здоровья, оказывающая существенное влияние на состояние стран и их человеческий, общественный и экономический капитал. Здоровая психика – это не только отсутствие психических расстройств или их отдельных проявлений, но и ресурс, поддерживающий общее благосостояние и производительность.

Психическое здоровье – это состояние благополучия, при котором человек осознает свои возможности, способен справляться с повседневными житейскими трудностями и может плодотворно работать и приносить пользу обществу.

Большинство принципов улучшения психического здоровья населения основывается на двух основных концепциях прав человека. Во-первых, каждый человек, включая тех, кто, по мнению врачей, страдает психическим расстройством, имеет право на достойное отношение и уважение к его личности. Во-вторых, процедура принятия решений в психиатрии, ограничивающих свободу человека, должна регулироваться законом. В связи с этим необходима прочная юридическая база, включающая основополагающие принципы и нормы прав оказания психиатрической помощи, отраженные в международных документах по правам человека и законами Республики Узбекистан.

При формировании национального законодательства специалисты исходили из Международных принципов охраны психического здоровья населения. Таковыми являются «Рекомендация Комитета министров государствам-участникам относительно правовой защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, принудительно содержащихся в качестве пациентов»,¹ №R (83)2. Принята Комитетом министров 22 февраля 1983г. на 356-м совещании заместителей министров», «Гавайская декларация II. Одобрена Генеральной ассамблеей ВПА, Вена, Австрия, 10 июля 1983г. «О целях и задачах психиатрической службы», «Положение и взгляды Всемирной психиатрической ассоциации о правах и юридической защите психически больных. Принято Генеральной ассамблей ВПА на VIII Всемирном конгрессе по психиатрии, Афины, Греция, 17 октября 1989г.», «Положение о подростковых суицидах. Принято 43-й Всемирной медицинской ассамблеей, Мальта, ноябрь 1991г.», «Организация объединенных наций. Генеральная Ассамблея (18.02.1992, сорок шестая сессия, пункт 98 повестки дня). Резолюция, принятая

Генеральной Ассамблеей (по докладу третьего комитета (А/46/721)) 46/119. Защита психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи», «Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения (Хельсинки, Финляндия, 12-15 января 2005г.)», «План действий по охране психического здоровья населения Республики Узбекистан в соответствии с Хельсинской Декларацией и Европейским Планом Действий (02.03.2007г.)», «Меранская декларация об охране психического здоровья в Новых независимых государствах (ННГ) Мерано, Италия, 4-5 сентября 2008г», «Европейская декларация ВОЗ и План действий «Здоровье детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей» (шестьдесят первая сессия) Баку, Азербайджан, 12-15 сентября 2011г. и «Европейский план действий по охране психического здоровья» Европейский региональный комитет (шестьдесят третья сессия) Чешме, Измир, Турция, 16-19 сентября 2013г.».

В республике до 2000 года не было закона, регулирующего деятельность психиатрической службы и правовое положение лиц, страдающих психическими расстройствами. Законопроект «О психиатрической помощи» был вынесен на рассмотрение третьей сессии Парламента Республики и принят 31.08.2000 года в первом чтении. В связи с содержащимися в Законе нормами о судебной процедуре решения вопроса о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, на четвертой сессии Парламента 15.12.2000 года Гражданский процессуальный Кодекс Республики был дополнен главой 33¹ «Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке». Законодательные акты, закрепленные приказами Министерства здравоохранения, позволяют предотвратить случаи нарушения прав человека и дискриминации, что способствует расширению возможностей лиц с психическими расстройствами.

С целью дальнейшего уменьшения рождения детей инвалидов, в том числе, с психическими отклонениями, принято Постановление Президента от 12 марта 2013 года «О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства на период 2013-2017 годы», которое позволит поднять на более высокий уровень медико-генетическую службу республики. В частности, утвержденной программой предусмотрено обеспечение реагентами и расходными материалами для проведения неонатальных скрининговых исследований на врожденный гипотиреоз и фенилкетонурию. Как известно, фенилкетонурия является причиной умственной отсталости и в этой связи Программой предусмотрено обеспечение детей с фенилкетонурией специальным лечебным питанием.

Учитывая ресурсный и кадровый дефицит, правительство Республики Постановлением от 25.07.2013г. №207 «О мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности психиатрической службы Республики Узбекистан» утвердило Программу дальнейшего развития и укрепления материально-технической базы психиатрической службы на 2013-2017 годы, которой утверждены основные параметры реконструкции и капитального ремонта психиатрических учреждений и основные параметры их оснащения (до оснащения) современным медицинским оборудованием.

Принятой программой развития службы охраны психического здоровья населения намечены мероприятия по укреплению материально-технической базы психиатрических учреждений, совершенствованию нормативно-правовой базы, мер профилактики, ранней диагностики и эффективности лечения психических расстройств, улучшение обеспеченности психиатрической службы высококвалифицированными кадрами, осуществление научных исследований в области психиатрии, и расширение международного сотрудничества в этой сфере.

Реконструкция и капитальный ремонт, а также оснащение психиатрических учреждений современным медицинским оборудованием, специализированной мебелью и инвентарем, реализация других мероприятий Программы, будут осуществлены за счет средств внебюджетного Фонда реконструкции, капитального ремонта и оснащения

образовательных и медицинских учреждений при Министерстве финансов в пределах ежегодно предусматриваемых ассигнований из государственного бюджета, а также льготных кредитов (займов) и грантов иностранных государств, международных финансовых институтов и других источников, не запрещенных законодательством. Бюджет реализации программы оценивается в свыше 83 млн. долларов США.

В развитие и в целях реализации Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан от 25.07.2013г. №207 «О мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности психиатрической службы Республики Узбекистан» приняты Постановления Кабинета Министров от 09.12.2013г. №325 «О внесении изменений и дополнений в Положение о порядке и условиях оплаты труда медицинских и фармацевтических работников государственных учреждений Республики Узбекистан» с установлением надбавки работникам внебольничной психиатрической службы за непрерывный стаж работы до 30% и от 21.01.2014г. №15 «Об утверждении Перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности». Кроме того, Постановлением Кабинета Министров РУз от 22.07.2013г. №204 «О мерах по дальнейшему совершенствованию порядка обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий лиц на льготной основе», подтверждено право лиц, страдающих психическими расстройствами, на обеспечение лекарственными средствами на льготной основе.

С целью уменьшения рождения детей инвалидов, в том числе, с психическими отклонениями, принято Постановление Президента от 12 марта 2013 года «О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства на период 2013-2017 годы», которой предусмотрено обеспечение реагентами и расходными материалами для проведения неонатальных скрининговых исследований на врожденные фенилкетонурию и гипотиреоз, обеспечение страдающих ими детей специальным лечебным питанием с целью предупреждения умственной отсталости и других психических расстройств. Этим же Постановлением предусмотрено взаимодействие специалистов психиатрической службы с Министерством народного образования, учреждениями первичной медико-санитарной помощи, родовспоможения, педиатрии, скрининг-центрами, дошкольными и общеобразовательными учреждениями.

Постановлением Президента Республики Узбекистан от 01.08.2014г. №ПП-2221 «О государственной программе по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на период 2014-2018 годы» предусмотрено: «Дальнейшая реализация Государственной программы раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний, для предупреждения рождения инвалидов с детства, путем максимального охвата пренатальным скринингом беременных группы риска и повышения качества неонатального скрининга.

Обеспечение раннего выявления и лечения детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами, профилактического наблюдения и оздоровления "группы риска" путем разработки и утверждения:

- стандартов диагностики и лечения пограничной нервно-психической патологии у детей;
- совместного плана мероприятий по оказанию помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами на дому с привлечением общественных, негосударственных некоммерческих организаций.

Разработка и реализация плана мероприятий по профориентации детей с инвалидностью и профессиональной реабилитации инвалидов.

Улучшение качества проводимых медицинских осмотров лиц, вступающих в брак, проведение среди них широкой разъяснительной работы по профилактике

наследственных и врожденных заболеваний. Обеспечение полного охвата добрачным медицинским освидетельствованием лиц, вступающих в брак».

Пунктом 15, раздела 3 «Порядок льготного отпуска лекарственных средств» Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан от 22.07.2013г. №204 «О мерах по дальнейшему совершенствованию порядка обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий лиц на льготной основе» предусмотрено проведение поддерживающей терапии на СВП и их филиалах льготному контингенту лиц, страдающих психическими расстройствами, проживающих в сельской местности, что будет способствовать профилактике рецидивов психических расстройств, снижению уровней регоспитализаций и смертности.

Нормативными актами Министерства здравоохранения Республики Узбекистан структурными подразделениями суицидологической службы являются «Кризисный стационар городской больницы», «Кабинет социально-психологической помощи» и «Телефон доверия». Кризисные стационары предназначены для терапии и реадaptации лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса, с повышенным риском возникновения суицидальных тенденций либо с постсуицидальными состояниями с признаками дезадаптации у лиц, совершивших непсихотические суицидальные попытки.

Кабинет социально-психологической помощи предназначен для выявления и амбулаторного обслуживания лиц с суицидальным поведением и суицидоопасными состояниями среди контингентов населения, не наблюдаемых психиатрическими учреждениями. Телефон доверия предназначен для оказания помощи лицам, находящимся в состоянии социально-психологической дезадаптации и переживающим психологический кризис.

Для предотвращения возможных общественно-опасных действий со стороны психически больных, в том числе самоубийств, предназначены бригады специализированной скорой психиатрической помощи.

Приказом Минздрава от 17.04.2006г. №160 «Об утверждении номенклатур медицинских (врачебных) фармацевтических специальностей и должностей в учреждениях системы Министерства здравоохранения» в перечень должностей стационарного (врачебного и специализированного) звена здравоохранения введена должность «Врач психиатр-суицидолог».

Одной из причин сложившегося положения является недостаточное финансирование психиатрической службы. Экономический ущерб, наносимый психическими расстройствами, по оценкам, сделанным в 15 странах, входивших в ЕС до 1 мая 2004 года, составляет не менее 3-4% внутреннего национального продукта. Большая часть этого ущерба обусловлена не затратами на лечение: 60-80% составляют потери, связанные с временной и стойкой утратой трудоспособности, снижением производительности труда и досрочным выходом на пенсию (Д. Мак-Дайд, 2005).

Murray&Lopes (1997) сообщает, что нервно-психиатрические заболевания поглощают 10,5% глобальных расходов на DALY и превышают расходы на сердечно-сосудистые заболевания (9,7%) и на злокачественные новообразования (5,1%).

С точки зрения смертности на долю психических заболеваний приходится 8,1% всех потерь продолжительности жизни, которых можно было бы избежать, тогда как на долю респираторных заболеваний приходится 9%, на долю всех форм рака - 5,8%, а на долю сердечных заболеваний - 4,4%.

По данным программы «Атлас» (WHO, 2003), расходы на психиатрическую помощь из бюджета здравоохранения в Европе колеблются в диапазоне от менее 2% (в Албании и Азербайджане) до примерно 13% (в Люксембурге и Великобритании).

Проведенный анализ использования бюджетных средств на психиатрическую службу за период 2006-2010г.г. свидетельствует о том, что в течение 2006-2009г.г. предпринимались меры по увеличению расходов на психиатрическую службу и процент от общего объема затрат на здравоохранение Республики возрастал: 2006г. – 2,16%, 2007г.

– 2,2%, 2008-2009г.г. – 2,3%; а в 2010г. уменьшился почти в 1,3 раза и составил 1,8%. В 2010г. еще меньше процент расходов на психиатрическую службу от общего объема затрат на здравоохранение Республики в Джизакской (0,7%), Наманганской (0,8%), Навоийской (0,9%), Ташкентской (1,0%), Самаркандской (1,1%), Кашкадарьинской (1,5%) областях, г.Ташкенте (1,3%) и Республике Каракалпакстан (1,7%).

Если исходить из процента психиатрических коек от общего коечного фонда регионов, то, финансирование психиатрической службы должно составлять не менее 6% в среднем по республике. Еще выше процент психиатрических коек от общего коечного фонда в Республике Каракалпакстан, Хорезмской области и г.Ташкенте.

В Республике реализуются мероприятия, предусмотренные «Планом действий по охране психического здоровья населения Республики Узбекистан в соответствии с Хельсинской Декларацией и Европейским Планом Действий», раздела 5 «Предупреждение проблем психического здоровья и самоубийств»:

1. Повысить уровень информированности общественности (встречи, беседы, круглые столы, теле- и радиопередачи) о распространенности, симптомах и возможностях излечения вредных для здоровья стрессовых и тревожно-депрессивных состояний, а также шизофрении (СМИ, хокимияты, НПО, Министерство здравоохранения).

2. Создать кабинеты социально-психологической помощи, «телефоны доверия» и «кризисные центры», способные снизить уровень самоубийств и направленные, прежде всего, на группы высокого риска (Министерство здравоохранения, комитет женщин, Министерство труда и социальной защиты населения, НПО).

3. Разработать стратегии, способствующие ограничению доступности средств совершения самоубийств:

- Ввести ограничительные меры на производство и реализацию высокотоксичных и сильнодействующих консервантов и пищевых добавок (высококонцентрированной уксусной эссенции и пр.)

- Усилить контроль за соблюдением действующих законодательных актов по обороту и реализации сильнодействующих лекарственных средств (Министерство пищевой промышленности, Министерство торговли, Министерство здравоохранения).

4. Обеспечить адекватную профессиональную поддержку и предоставление услуг людям, находящимся в серьезных кризисных ситуациях и подвергающимся насилию (заинтересованные министерства и ведомства).

5. Привлекать к разработке и реализации программ предупреждения самоубийств ведущие ведомства и организации, отвечающие за вопросы трудоустройства, образования и жилищные вопросы (Кабинет Министров РКК и хокимияты областей).

В республике разработана межведомственная программа по предупреждению самоубийств на перспективу в соответствии со «Стратегией по предотвращению суицидов в Республике Узбекистан на 2010 – 2020г.г.».

Разработана межведомственная программа по предупреждению суицидов среди населения Республики (прокуратура, управления юстиции, внутренних дел, здравоохранения, народного образования, высшего и среднего специального образования, телерадиокомпаний, общественные и неправительственные объединения и организации республиканского уровня: «Камолот», «Соғломавлодучун», «Махалля», мусульманский региональный центр).

Функционирует инспекционной службы для более активного внедрения надлежащей практики и борьбы со случаями жестокого, пренебрежительного обращения и насилия в семьях.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

Кучкаров У.И., Жарылкасынова Г.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт

Бухара, Узбекистан

Актуальность. Проблема тревожно-фобических расстройств в настоящее время приобретает все большую значимость и актуальность. Эти расстройства поражают лица трудоспособного возраста и часто приводит к снижению качества жизни пациентов. Около 17% населения в разные периоды жизни страдает тем или иным тревожным расстройством (Somersetal., 2006). Кроме того, тревожные расстройства имеют высокую коморбидность с депрессивными расстройствами и химической зависимостью. Пациенты с тревожными расстройствами, по данным многочисленных исследований, имеют более низкий уровень социального функционирования и качества жизни (Mendlowicz, Stein, 2000; Steinetal., 2005; Olatunji, Cisler, Tolin, 2007). Тревожно-фобические расстройства у большинства пациентов приводят к значительному ограничению в личностном, профессиональном, семейном функционировании. Исследователи на протяжении длительного времени недооценивали инвалидизирующий характер течения многих расстройств, в том числе тревожных.

Цель. Изучение клинических особенностей и оценки распространенности тревожно-фобических расстройств невротического спектра для разработки методов лечения.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие больные с невротическими, связанных со стрессом и соматоформными расстройствами в Бухарской области за последние 3 года. Возраст пациентов от 40 до 60 лет. Установлено, что за трёхлетний период увеличилось количество лиц, обратившихся в амбулаторную службу региона на 14%. Преимущественно рост данных показателей произошел за счет увеличения доли «Других тревожных расстройств» и «Соматоформных расстройств». Применялись специальные тесты и опросники для определения симптомов тревоги S.D.Spilbergeги соавт. «Оценка реактивный тревоги» и «Оценка личностной тревоги».

Результаты. В клинике тревожных расстройств преобладали симптомы беспокойства у – 85% больных, идеаторное возбуждение у – 78% больных, моторное возбуждение у – 74% больных, внутреннее напряжение у – 72% больных, нарушения сна разной степени у – 95% больных, соматовегетативные расстройства у – 90% больных в виде сухость во рту, похолодание рук и ног, боли в мышцах, сердцебиение, головокружение, потливость. В результате проведенной психологической диагностики методом «Оценка реактивный тревоги» и «Оценка личностной тревоги» было зафиксировано высокий уровень тревоги и депрессии. Изучены причины, влияющие на развитие тревожно-фобических расстройств и личность больных, что способствует к развитию тревожно-фобических расстройств. Это - критика и унижение со стороны родителей (в детстве) у – 82% больных, семейные проблемы у – 65% больных, конфликты в работе у – 58% больных, снижение доходов (изменение источника дохода) у – 55% больных, соматические неблагополучие (незначительные проблемы со здоровьем) у – 42% больных. Больные были разделены на 3 группы и по типам личности на фоне базисной терапии назначены просульпин, золомакс и карбалекс. Уже на 1-й неделе лечения некоторые больные стали отмечать снижение беспокойства, моторного возбуждения, внутреннего напряжения, нарушения сна. Следует отметить достаточно быстрое и достоверное наступление терапевтического эффекта на фоне лечения.

Заключение. При психоастенической, шизоидной и параноидной личности атипичный нейрорептик просульпин достоверно снижает уровень тревоги. Возбудимым и гипертимным типам личности анксиолитик золомакс, при неустойчивым и эпилептоидным типам личности - антиконвульсант карбалекс. Они достаточно быстро и достоверно снижают тревожно-фобические расстройства и нормализуют сон.

ХАРАКТЕР КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Куликова О.С.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»
Оренбург, Россия

Актуальность исследования. При современных достижениях психофармакологии стала особенно очевидной недостаточность простого нивелирования продуктивной психотической симптоматики для достижения удовлетворительной социальной адаптации пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Необходим учет психологических факторов социальной адаптации при данном заболевании. Одним из таких факторов, несомненно, являются особенности совладания со стрессом как одной из важнейших форм адаптивного поведения индивида [1].

В связи с этим **целью нашего исследования** было изучение характера совладающего со стрессом поведения пациентов на инициальном этапе параноидной шизофренией в зависимости от актуального уровня их социальной адаптации.

Материалы и методы. Исследование было проведено на выборке больных с клиническим диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (код F20.0 по МКБ-10) при длительности заболевания со времени начала первого психотического эпизода до момента проведения обследования – не более 1 года. Было обследовано 80 пациентов, в том числе 41 мужчина, 39 женщин в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст – 32 года). На момент проведения исследования все обследуемые пациенты находились на стационарном лечении в общепсихиатрических отделениях ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2» и характеризовались отсутствием продуктивной психотической симптоматики на фоне наличия эмоционально-личностных изменений различной степени выраженности.

Были использованы клинико-психологический, психодиагностический и статистический методы исследования. В рамках клинико-психологического метода исследования была реализована процедура экспертной оценки уровня социальной адаптации обследованных пациентов по разработанной нами шкале. Психодиагностический метод исследования состоял в изучении особенностей копинг-поведения пациентов с использованием методики «Стратегии совладающего поведения» (Вассерман с соавт, 2009) [2]. В целях статистической обработки результатов была проведена оценка достоверности различий с использованием критерия Манна-Уитни, реализована процедура дискриминантного анализа.

Результаты и обсуждение. На основании экспертной оценки уровня социальной адаптации все пациенты были разделены на две подгруппы. В первую подгруппу были включены 39 пациентов (21 женщина, 18 мужчин), характеризующихся удовлетворительным уровнем социальной адаптации. Вторую подгруппу составили пациенты с низкими адаптационными возможностями (41 человек, из них 18 женщин, 23 мужчины). Между сформированными таким образом подгруппами пациентов была реализована процедура оценки достоверности различий (критерий Манна-Уитни). В результате было показано, что пациенты с удовлетворительным уровнем социальной адаптации чаще используют копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» ($p < 0,05$), «планирование решения проблемы» ($p < 0,05$) и «дистанцирование» ($p < 0,05$), а стратегия совладающего поведения «бегство» свойственна пациентам с низким уровнем социальной адаптации ($p < 0,05$).

На следующем этапе изучалась прогностическая информативность измеренных психологических характеристик в отношении снижения социальной адаптации в условиях параноидной шизофрении. С этой целью была реализована процедура дискриминантного анализа (в качестве зависимой переменной была определена принадлежность пациентов к подгруппе с удовлетворительной или низкой социальной адаптацией). В результате

дискриминантного анализа наибольшая прогностическая значимость в отношении уровня социальной адаптации при параноидной шизофрении была выявлена для копинг-стратегии «поиск социальной поддержки». То есть чем больше на инициальном этапе параноидной шизофрении активность копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», тем выше вероятность сохранения удовлетворительной социальной адаптации в условиях хронического психического заболевания (параноидной шизофрении).

Заключение. Следовательно, активное использование копинг-стратегий «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы» и «дистанцирование» может рассматриваться в качестве одного из психологических факторов социальной адаптации пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении.

Литература:

1. 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.

2. 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.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кунафина Е.Р.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Уфа, Россия

Профилактика общественно опасных действий (ООД) психически больных должна строиться как целостная система и состоять из нескольких последовательных этапов: 1) судебно-психиатрическая экспертиза и выбор мер медицинского характера для больных, признанных невменяемыми; 2) проведение лечебных мероприятий принудительного и непринудительного характера; 3) отмена принудительных мер медицинского характера, выписка больных из психиатрического стационара и последующее наблюдение в ПНД в группе специального учета; 4) снятие со специального учета в диспансере [1, 3, 4].

Все выше перечисленные этапы профилактики ООД, психически больных должна объединять единая программа профилактических и реабилитационных мер, включающая не только трудовую деятельность, но и весь спектр социальной жизни больного. В этой связи представляется более перспективным сопоставление индивидуальных реабилитационных программ, вовлечение психологов в реабилитационный процесс, учет всех ступеней социализации в процессе терапии [2, 3, 5].

Сплошным методом был изучен контингент больных шизофренией в возрасте 50 лет и старше, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в Республиканской психиатрической больнице №1, в связи с привлечением к уголовной ответственности, впервые совершивших различные противоправные действия, и признанных невменяемыми (75 чел.). Группа сравнения (70 чел.) была составлена в результате сплошного отбора всех больных с диагнозами, аналогичными исследованной группам, состоящих на учете в диспансерном отделении и никогда не привлекавшиеся к уголовной ответственности. Группа сравнения была сопоставима с основной по нозологическому и возрастному составу. Все обследованные были мужского пола.

Все обстоятельства, оказывающие влияние на вероятность совершения повторных ООД, были разделены на три группы факторов: 1) клинико-динамические, 2) личностно-адаптационные, 3) социально-ситуационные.

Математический анализ вычисления коэффициента Кульбака-Лейблера (ρ_0) установил, что в причинах ООД, совершенных психически больными шизофренией в возрасте 50 лет и старше, прослеживалась ведущая роль психопатологических и отрицательных микросоциальных ситуационных факторов. Меньший удельный вес в характере ООД имели личностные особенности испытуемых.

Наиболее важными среди клинико-динамических факторов были: начало заболевания в 20-29 лет, непрерывный тип течения шизофрении, с острым развитием психоза. В период медикаментозных ремиссий в их динамике отмечались разнообразные клинические состояния: неврозоподобные расстройства, аффективные депрессивные проявления, эксплозивные психопатоподобные нарушения, развитие паранойяльных бредовых идей, с дальнейшим усложнением психопатологической симптоматики, формированием галлюцинаторно-параноидного синдрома, с бредовыми идеями воздействия и отравления. Все это сочеталось с наличием невыраженных негативных изменений личности, нестойкостью результатов лечения заболевания. Проведенное исследование свидетельствует о том, у больных шизофренией противоправному деянию предшествовало обострение психотического состояния с появлением чувства страха, тревоги, нарушением сна, появлением галлюцинаторных и бредовых переживаний, направленных на лиц микросоциального окружения. Галлюцинации имели угрожающий характер, а бредовая фабула характеризовалась персекуторным содержанием с конкретным определением «врагов», что обуславливало высокую степень агрессивных действий больных ($p < 0,01$).

Среди факторов, относящихся к личностно-адаптационным характеристикам, для больных шизофренией, совершившими ООД в возрасте 50 лет и старше, наиболее характерным было: возраст 50-59 лет, воспитание в неполной семье, в неблагоприятной семейной ситуации, наличие в преморбидном периоде экстравертированных черт характера. В последующем, отмечалось процессуально обусловленное нивелирование преморбидных личностных черт, снижение приспособительных возможностей, сужение круга социальных интересов. Не состояли в браке, проживали в одиночестве, отношения с родными носили формальный характер ($p < 0,01$).

Среди социально-ситуационных факторов наибольшее значение имело то, что больные воспитывались в неполной семье, с равнодушным отношением родственников, у родственников отмечалось асоциальное поведение, злоупотребление алкоголем. Совершению ООД также способствовали: нерегулярность поддерживающего лечения и наблюдения в ПНД ($p < 0,01$).

Для успешного решения вопросов первичной профилактики ООД психически больных старших возрастных групп необходимо учитывать не только комплекс (сочетание), но и иерархию психопатологических, личностных и ситуационных факторов риска ООД. Соответственно, после установления иерархии этих факторов должна строиться и профилактика ООД больных шизофренией в возрасте 50 лет и старше. Так, например, может выявляться первоочередность собственно лечебных мероприятий, коррекции неблагоприятных межличностных отношений в семье или же преимущественно риск ООД зависит от необеспеченности больного необходимой социально – бытовой помощью.

Для определения дифференцированных мер профилактики первичных ООД, перечисленные выше факторы, коррелирующие с характером ООД и способствующие их совершению больными шизофренией пожилой популяции, условно могут быть разделены на четыре группы в зависимости от возможности воздействия на них профилактическими мероприятиями разного рода.

Предупреждение совершения впервые больными шизофренией в возрасте 50 лет и старше *агрессивно-насильственных ООД, обусловленных психопродуктивной симптоматикой* предполагает профилактику рецидива острого психотического состояния. Роль личностного и ситуационного факторов в подобных случаях полностью

заблокирована. Проводимые мероприятия включают индивидуально подобранные методы медикаментозной терапии с последующим психиатрическим наблюдением. Существенна разъяснительная работа с родственниками, которые нередко первыми могут заметить изменение состояния больного.

Предупреждение совершения впервые больными шизофренией *хулиганских действий* в возрасте 50 лет и старше *агрессивно-насильственных ООД, обусловленными негативно-личностными особенностями* предполагает коррекцию отрицательных социально-личностных ориентаций. Хотя формирование особенностей личности, характеризующих ее морально-нравственную ориентированность происходит в более молодом возрасте, их коррекция у пожилых людей незначительна. В совершении ООД существенна роль субъективной неудовлетворенности различными сторонами жизни. Поэтому необходимо уменьшение личностной значимости субъективной неудовлетворенности посредством психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. Участие психолога в коррекции этих ориентаций, проведение рациональной психотерапии может снизить вероятность совершения ООД. Психопатологический фактор менее выражен, но, тем не менее, медикаментозное купирование психопатологии обязательно. У части больных совершению ООД способствует алкогольное опьянение. Соответственно, необходима профилактика алкоголизма, бытового пьянства таких больных. Большое значение может иметь работа с социальным окружением больных: обеспечение эмоциональной поддержки, адекватного отношения к болезненным проявлениям, помощь в улучшении коммуникативных навыков, формировании компенсаторных механизмов преодоления негативной симптоматики.

При совершении пожилыми больными шизофренией первичных *агрессивно-насильственных ситуационно-спровоцированных ООД* возрастает роль провоцирующих конфликтных и стрессовых ситуаций. Совершение правонарушений не исходит непосредственно от имеющейся психопатологии и не сопряжено с социально-личностными особенностями. Отмечается снижение значимости продуктивной симптоматики и нарастание дефицитарной. Без конфликтной ситуации, не возникает и предпосылок совершения деликтов. Предупреждение ООД определяется социально-адаптационными мероприятиями. Медикаментозные воздействия ограничиваются поддерживающей терапией. Главный акцент профилактики – разрешение социально конфликтных ситуаций. Значительное место в профилактической работе должна занимать семейная психотерапия, разъяснительная работа с родственниками. При отсутствии положительных результатов вариантами разрешения семейных конфликтов могут быть: развод, предоставление больному в судебном порядке отдельной жилой площади, установление попечительства, оформление в учреждения МСО.

Совершение впервые больными шизофренией в возрасте 50 лет и старше *имущественных правонарушений* обусловлено в основном низким уровнем социального функционирования и качества жизни. Продуктивная симптоматика минимальна или отсутствует, преобладает дефицитарная. Профилактические мероприятия должны быть направлены на активную инструментальную поддержку таких больных с мобилизацией всех ресурсов сообщества (использование возможностей центров социальной помощи, благотворительных организаций, активизация внесемейной социальной сети и т.д.), установление опекуна, оформление в учреждения МСО. Перспективным может быть вовлечение части больных в посильные коллективные виды деятельности, обеспечение возможностью заниматься трудом в лечебно-производственных учреждениях, или же обучение бытовым и социальным навыкам, необходимым для самостоятельного проживания. Часть больных с наиболее низким уровнем социального функционирования нуждаются в прямой материальной поддержке в виде помощи социального работника в ведении домашнего хозяйства, патронажа и контроля их социального функционирования.

Проведение этих лечебно-реабилитационных и социальных мероприятий позволит создать условия для повышения качества жизни как больных шизофренией старших

возрастных групп, так и их родственников, и, в целом, способствовать профилактике первичных ООД.

Литература:

1. Букреева Н.Д. Проблемы организации принудительного лечения больных психическими расстройствами в условиях реформы здравоохранения / Н.Д. Букреева, А.Д. Мерзликин // Российский психиатрический журнал. 2006. - №4. - С. 83-87.
2. Булыгина В.Г. Возможности коррекционных психологов при проведении принудительного лечения // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции. - М.- 2007.- С.483.
3. Кунафина Е.Р. Дезадаптивное поведение с делинквентными проявлениями у психически больных старших возрастных групп (предрасполагающие факторы, клинические и социальные аспекты профилактики): автореф. дис. . докт. мед. наук. С-Птб., 2008. - 42 с.
4. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: руководство для врачей / Под ред. В.П.Котова. – М.: РИГ ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, 2001. С.326-338.
5. Котова Т.А. Организация психосоциальной реабилитации психически больных в условиях принудительного лечения / Т.А. Котова, М.А. Котова // Российский психиатрический журнал. 2006. - № 2. - С. 28-32.

ОТНОШЕНИЕ «ПОТРЕБИТЕЛЕЙ» К ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

(по материалам «Форума» организации самопомощи)

Левина Н.Б. ¹, Любов Е.Б. ²

¹ Общероссийская общественная организация инвалидов вследствие психических расстройств «Новые возможности».

² Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ
Москва, Россия

Цель исследования. Выяснение отношения психиатрических пациентов и их близких к лечению и их неудовлетворенных нужд.

Материал и методы. Невыборочный анализ содержания вопросов консультантам Форума ООИ «Новые возможности» («НВ»).

Результаты и их обсуждение. Сайт (nvm.org.ru) Форума «НВ» содержит 2173 обращения за 2 года. Вопросы специалистам занимают 5% объема Форума, но знакомятся с ответами на 1-2 порядка более посетителей, что указывает на типичность и актуальность поднимаемых тем. Показательно, что сходный объем занимают исповедальные истории преодоления психического недуга; с выстраданным опытом путями совладания (не всегда адаптивного) с проявлениями и последствиями (стигматизация, выученная беспомощность) болезни стоит познакомиться и специалистам для внедрения полезного – в психосоциальную работу. При этом «Болталка» (интерактивное общение посетителей Форума) занимает > ½. Содержание последнего раздела под контролем модераторов, членов «НВ», исключая инвективы против лечащих врачей, призывы бросить «калечащее лечение», к смерти. Обращающиеся к специалистам обычно не называются, неизвестно их место жительства (не требуют правила Форума), но по косвенным признакам («наша районная больница»), не менее 70% обращающихся за советом – селяне и жители малых городов. В подавляющем большинстве (85%) ищут советы близкие больного (в обратном соотношении они представлены «Болталкой»), матери (75%). В ¾ случаев («нелепые высказывания», «голоса», грубо нарушенное поведение) речь идет о психозе. Половина близких сомневается в пользе специализированного лечения (такова и доля россиян, скептически относящихся к профессиональной помощи) и при предполагаемой (по рассказу) длительности нелеченого психоза до трех лет, опасаясь

осложнений судьбы молодых людей, «калечащего лечения» (делающего человека «зомби», «трясущимся калеккой»), но доверяют нелекарственным методам («травы», знахари») даже при обескураживающем опыте («стало хуже»). Самочувствие близких больных в поиске помощи и с ее опытом описывают как «отчаяние», «страх». Две трети близких больных и сами пациенты сообщают сугубо о лекарственном лечении в психиатрии, выделяя как пугающие и мучительные ранние, пусть и преходящие, побочные действия, отторгающие от лечения по выписке из больницы. Большинство (60%) пациентов не связывает обрыв лечения и регоспитализацию, смешивает побочные действия и проявления болезни («безразличие»). > 60% близких и пациентов не знают названий лекарств, сообщая лишь об их большом количестве и цвете. Сообщают о нежелании врачей прислушаться к ним, ответить на жгучие вопросы. Поэтому надеются дистанционно решить все проблемы. Более 1/3 пациентов лечатся по советам товарищей по несчастью, особо предпочитая для решения проблем депрессии, тревоги, навязчивостей и, конечно, бессонницы – разумея порой сон <8 часов в сутки, азалептин. Почти не затронута тема суицидального поведения, что лишь подчеркивает необходимость целевого обучения пациентов и их близких. Не более 15% посетителей Форума спрашивают о перспективах социального восстановления, замечая, что врачи им не в помощь. Лишь каждый десятый правовыми вопросами: льготы инвалида, ограниченная недееспособность (примечательно: этим озабочены и пациенты).

Выводы. Интернет позволяет онлайн консультирования жителей регионов с малой доступностью и низким качеством психиатрической помощи. Близкие больных опасаются стигматизации психиатрического лечения, лекарств, небезосновательно не доверяют местным врачам, мало озабоченным «триалогом» с пациентами и их близкими, переносимостью доминирующей фармакотерапии, комплаенсом, внутренней картиной болезни и бременем семьи.

Ограничения исследования. Формат обращения к сторонним специалистам (консультантам Форума) определяет позицию пациентов и их близких, возможно, не типичную для более широкой выборки.

МОТИВАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ И КОМПЛАЕНС У ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ – ВЗГЛЯД ВРАЧА

Лутова Н. Б., Сорокин М. Ю.

ФГБУ «Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева»
МЗ РФ

Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. По данным литературных источников, от 10 до 80% больных тяжёлыми психическими расстройствами нарушают режим приёма рекомендованной терапии. Среди предлагаемых подходов улучшения приверженности терапии, в настоящее время наиболее перспективными являются интервенции, направленные на повышение мотивации больных. При этом, встречаются указания на неспецифический, не превышающий эффективность других методик, либо не значимый эффект мотивационных интервенций. Возможной причиной неоднозначности накопленных сведений о взаимоотношениях мотивации к лечению и комплаенса больных, является упрощённый подход одномерной и количественной оценки этих сложных психологических параметров.

Цель работы: изучение структуры мотивации к лечению и её восприятия врачами у больных психическими расстройствами; оценка взаимосвязи мотивации с параметрами медикаментозного комплаенса.

Материалы и методы. Обследовали 80 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами СПб НИПНИ им. Бехтерева, 33 мужчин и 47 женщин. Средний возраст составил $34 \pm 9,3$ года. Больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра – 68 (рубрика F2 МКБ-10),

аффективными расстройствами – 7 (рубрика F3 МКБ-10), органическими и расстройствами личности – 5 (рубрики F0 и F6 МКБ-10). Использовался опросник, базирующийся на разработанный в отделении шкале оценки мотивации. В ней в соответствии с иерархическим принципом выделены 6 уровней мотивации: 1 – амотивация, формальное согласие получать лечение, 2 – мотивация к лечению внешняя, определяемая давлением близкого окружения больного, 3 – формирование собственной мотивации к лечению, фундированной субъективным страданием от заболевания, 4 – внутренняя мотивация к лечению, осознанное обращение за психиатрической помощью, 5 – мотивация, определяемая стремлением контролировать течение заболевания, 6 – стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии. Лечащие врачи заполняли шкалу медикаментозного комплаенса (ШМК, Лутова Н.Б., 2013) и интуитивно оценивали уровень мотивации больных без использования шкалы в баллах от 0 (отсутствует) до 5 (высокая). Проводились корреляционный анализ Спирмена, сравнение средних рангов в подгруппах в ходе тестов Краскела-Уолиса и Мана-Уитни. Результаты приведены с указанием средних $M \pm S.D.$

Результаты и обсуждение. Общий уровень комплаенса больных находился в прямой зависимости с оценками мотивации к лечению, данными лечащими врачами ($0.233, p \leq 0.05$), причём преимущественно за счёт подсистемы комплаенса, связанной с медикацией ($0.304, p \leq 0.01$). В то же время, выявлена обратная корреляционная связь суммарных баллов комплаенса и показателей по 5 уровню мотивации ($-0.226, p \leq 0.05$); в том числе для субшкалы комплаенса, связанной с врачом, и стремления пациентов контролировать течение заболевания ($-0.314, p \leq 0.05$). Из описываемых опросником 6 вариаций мотивации к лечению, оценки лечащих врачей коррелировали лишь с его 2 и 3 разделами – внешней мотивацией и мотивацией, основанной на страдании от психического расстройства ($0.299, p \leq 0.01$ и $0.251, p \leq 0.05$). С помощью медианы, верхнего и нижнего квартилей выборка была разделена на 4 подгруппы для каждой из субшкал использованных опросников. Подсистема комплаенса, связанная с врачом, наиболее страдала у больных с высокой внешней мотивацией к лечению ($13.7 \pm 1.6, p \leq 0.05$), в то время как достоверное снижение баллов по 2 уровню мотивации (в среднем по выборке 12.1 ± 2.5) выявлено у пациентов с более высокими показателями этой субшкалы комплаенса. Напротив, наиболее высокие показатели подсистемы комплаенса, связанной с врачом, характерны для больных с наименьшими баллами по 5 уровню мотивации ($5.3 \pm 1.9, p \leq 0.05$, в среднем по выборке 7.0 ± 2.5).

Таким образом, нарушения подсистемы комплаенса, связанной с врачом, снижение адекватности врачебного наблюдения вне обострений (раздел ШМК 4.2) отмечаются у пациентов, имеющих в структуре их терапевтической мотивации представление о способности самостоятельно контролировать своё состояние. Это, по-видимому, связано со страхом стигмы, поскольку посещение психиатра становится подтверждением наличия психического расстройства. Кроме того ухудшение комплаенса, связанного с врачом, соотносится с высокой частотой рецидивирования (раздел ШМК 2.4) и увеличением давления близкого окружения на больного (2 уровень мотивации). В то же время, врачи выделяли негативно влияющий на терапевтические отношения 2 уровень мотивации как наиболее референтный в отношении терапевтической мотивации больного в целом, а наиболее референтной в отношении комплаенса – его подсистему, связанную с медикацией.

Заключение. Лечащие врачи не склонны учитывать специфическую роль различных вариантов мотивации к лечению, что приводит к искажению отношений врач – пациент. Высокая внешняя мотивация и стремление самостоятельно контролировать заболевание, способствует снижению суммарного балла комплаенса и параметров, связанных с врачом, в то время как доктора ориентируются прежде всего на один из его компонентов – медикацию, и в итоге недооценивают влияние мотивации и терапевтического альянса на восприятие лечения и его результатов с обеих сторон диады врач-пациент.

НАРУШЕНИЕ АТТЕНТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ.

Лымарева Е.В., Бурдаков В.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Известно, что расстройства нервной системы нередко сочетаются с патологией желудочно-кишечного тракта. Однако исследование нервной системы при данной патологии часто ограничивается изучением дисфункции вегетативной нервной системы и значительно реже изучением микроочаговой неврологической симптоматики и аттентивно-мнестических функций. Продолжающийся рост патологии нервной системы у детей младшего школьного возраста, страдающих хроническими гастродуоденитами, а также избирательный характер литературных данных при изучении данной проблемы делают актуальным данное исследование.

Целью работы явилось изучение аттентивно-мнестических функций у детей с хроническими гастродуоденитами.

Материал и методы. Обследовано 100 детей в возрасте от 7 до 12 лет с неврологическими расстройствами разной степени выраженности и патологией гастродуоденальной зоны: 70 больных с хроническим гастродуоденитом, 30- с функциональным расстройством желудка. Всем детям проводилось исследование объема слухоречевого запоминания определенного количества слов и отсроченного их воспроизведения по методике «Запоминание 10 слов» (Лурия А.Г., 1965г.), показателей внимания с использованием методики «отыскивания чисел» Шульте. Изменения аттентивно-мнестических функций рассматривались в зависимости от выраженности неврологического дефицита и с учетом морфологической картины в желудке и 12-перстной кишке. Результаты исследования были обработаны методами параметрической и непараметрической статистики. Для выявления качественных взаимосвязей между показателями использовался метод многофакторного анализа.

Результаты и обсуждение. При сопоставлении результатов исследования памяти и внимания у детей с хроническими гастродуоденитами (ХГД) и контролем у больных с обеими формами ХГД отмечается снижение долговременной памяти, а у детей с хроническим гипертрофическим гастродуоденитом (ХГГД) и устойчивости внимания.

Изучение памяти и внимания у детей с хроническими гастродуоденитами в зависимости от выраженности неврологического дефицита показало снижение отсроченной памяти у детей с выраженным неврологическим дефицитом в сравнении с детьми с минимальными отклонениями в неврологическом статусе. У детей с хроническими гастродуоденитами в сравнении с группой контроля отмечается снижение долговременной памяти особенно при неврологическом дефиците более 10 баллов. В частности, по мере нарастания выраженности краниальной невропатии либо двигательного дефицита наблюдалось снижение долговременной памяти.

Факторный анализ показал, что у детей с хроническим поверхностным гастродуоденитом часто встречалось сочетание синдрома двигательного дефицита, краниальной невропатии и снижения долговременной памяти. У детей с ХГГД прослеживалась четкая связь изменения активного внимания с давностью неврологической симптоматики.

У больных с выраженным неврологическим дефицитом, страдающих ХГД уже в ведущем факторе отмечалась взаимосвязь между снижением памяти, внимания и увеличением медленноволновой активности головного мозга. По 5 фактору увеличение неврологического дефицита за счет краниальной невропатии и двигательного дефицита сопровождалось снижением памяти.

Заключение. Данное исследование показало, что у детей с хроническими гастродуоденитами по мере нарастания неврологического дефицита за счет краниальной

невропатии и двигательного дефицита отмечалось достоверное снижение долговременной памяти и внимания.

Литература:

1. Мартынов Ю.С., Малкова Е.В., Чекнева Н.С. Изменения нервной системы при заболеваниях внутренних органов. Москва «Медицина», 1980. 224с.
2. Разживина Г.И. Состояние нервной системы школьников с хроническими заболеваниями органов пищеварения / Материалы конгресса педиатров России.-М., Н.Новгород.-1996.-С.37
3. Самойлов В.И. Синдромологическая диагностика заболеваний нервной системы. Санкт-Петербург: Специальная литература, 1998, том 2.-416с.
4. Скоромец А.А. Соматоневрология: руководство для врачей. СПб: Специальная Литература: 2009.- 655с.

РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩИЙ ПОДХОД В ПСИХОГЕРОНТОЛОГИИ В ПЕРСПЕКТИВЕ МКБ-11

Любов Е.Б.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ
Москва, Россия

Актуальность. Основаниями объединения СД, относимых к «органическим» (МКБ-10) или нейрокогнитивным (ДСМ-5) расстройствам, станут объективизированное бремя болезни; когнитивные расстройства; коморбидные соматические, поведенческие, психотические и аффективные симптомы; течение СД; терапевтический ответ.

Цель работы: объективизировать бремя болезни Альцгеймера (БА) как парадигмальной СД и затратный эффект систематической научно обоснованной фармакотерапии

Материалы и методы. Серия сочетанных фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований (n> 2500 пациентов и их близких) с привлечением качественного анализа в 2010-2014 гг.

Результаты и обсуждение. «Цена» БА в столичных психиатрических службах при учете *зарегистрированной* психиатрической болезненности и реального охвата (<40%, что косвенно указывает на неудовлетворенность помощью пациентов и, скорее, опекающих их лиц) лечением > 100 млн. руб. (2009). При пересчете на паритет покупательской способности per capita затраты на СД в Москве в 2-3 раза меньше, чем в развитых странах и определены госпитализацией. Потребность в больнице больных СД в развитых странах многократно выше, что указывает на организационный артефакт – дементные госпитализированы реже и на более короткий срок, блокируя острые ресурсоемкие больничные койки за неимением стационарзамещающих альтернатив. Показан многогранный клинико-социальный и экономический эффект акатинола, препарата выбора при средней и тяжелой стадиях БА (но успешно применяемом и на ранних стадиях БА), в повседневной практике лечения БА и сосудистой деменции, а также (5-летний ресурсосберегающий потенциал оптимизированной антидементной терапии акатинолом БА средствами математического анализа. Примечательна положительная оценка акатинола с позиции пациентов и их опекунов (медперсонала и близких), в том числе, за счет непрямого упорядочивающего поведенческого и антипсихотического действия, позволяющего снизить нагрузку психотропных средств. Непрямой психотропный эффект акатинола – возможное свидетельство вовлечения общей нейрональной сети при СД и развитии, коморбидных психопатологических симптомов.

Заключение. Объединение СД в кластер МКБ-11 с опорой на этиологические факторы риска повысит доступность и эффективность медико-социальной помощи

пациентам и их семьям, активизирует биологические и эпидемиологические исследования развития деменций с момента верификации диагноза, уточнит многомерную уязвимость (набор изменяемых факторов риска) развития СД, защитных факторов, выделения однородных подгрупп пациентов, сходных по этиологии, течению, исходам и результатам лечения. Антидементное лечение, обращенное на общие звенья патогенеза, изменяет естественное течение СД. Логично изъятие термина деменции («безумия») из словаря психиатра как стигматизирующего и питающего терапевтический нигилизм. МКБ-11 улучшит понимание внутренней картины СД, необходимого для терапевтического контакта, сотрудничества профессионалов, пациентов и их близких, объединенных в общества самопомощи, добровольцев в русле межпрофессионального (бригадного) и межведомственного взаимодействия; доступности биопсихосоциальных подходов с доказанным ресурсосберегающим потенциалом, согласно клиническим руководствам лечения, перестройки структуры и оптимизации функции психогеронтологической службы, обращенной к долгосрочным и изменчивым нуждам больных и их семей.

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ СОЦИОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ КАК ФАКТОРА УСПЕШНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА

Маликов Л.В., Усынина Т.П.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. В современных условиях социальная среда оказывает противоречивое влияние на процесс становления личности подрастающего поколения. С одной стороны, социокультурная модернизация вызывает необходимость в новом подходе к проблеме самореализации личности, требуется повышенная социальная активность человека как субъекта общественной жизни, принятие им на себя ответственности за свою деятельность и поведение. С другой стороны, нестабильность современного общества во всех сферах его жизнедеятельности увеличивает естественные трудности взросления подрастающего поколения; ситуация неопределенности приводит к деформации личностного развития, дезадаптации старших школьников в социуме.

Особенно значимым является исследование социоэмоциональной компетентности у воспитанников детского дома, так как значительная часть выпускников оказывается неготовой к жизни в социуме: они выходят в мир, не умея в нем жить и справляться с разнообразными проблемами, а иногда и не имея желания решать эти проблемы самостоятельно. Доминирующей частью его стали социальные сироты – дети, имеющие родителей, но вытесненные из сферы семьи. Сегодня именно социальные сироты составляют основной контингент интернатных учреждений, число их постоянно растет. Проблема психического развития детей, воспитывающихся вне семьи, без попечения родителей (в домах ребенка, детских домах и интернатах) является острой, актуальной и все еще недостаточно разработанной.

Цель исследования: изучить социоэмоциональную компетентность детей-сирот.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе МОУ для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей «Чебеньковский детский дом». В исследовании приняли участие 100 социальных сирот в возрасте 13-16 лет.

Были использованы методики: опросник «Эмоциональный интеллект» Д.В. Люсина, методика «Диагностика перцептивно-интерактивной компетентности» Н.П. Фетискина, «Диагностика эмпатии» А. Мехрабиана и Н.Эпштейна.

Результаты и обсуждение. Анализ изучения компонентов социоэмоциональной компетентности воспитанников интернатных учреждений показал, что большинство

воспитанников интернатного учреждения (52%) характеризуются средним уровнем коммуникативной интерактивности характеристик взаимопознания и взаимопонимания. Показатели высокого уровня свидетельствуют об адекватности оценки личностных особенностей во взаимодействии с окружающими, о выраженности общих интересов, умении понять точку зрения другого человека.

Можно сказать, что старшекласники интернатных учреждений, в силу своего возраста, более адекватно оценивают личностные особенности других людей при социальном взаимодействии, выражают интерес при выполнении совместной деятельности, умея понять при этом точку зрения другого человека. Такие результаты могут быть обусловлены возрастными особенностями и социальной ситуацией развития в условиях интернатного учреждения (высокая интенсивность контактов с взрослыми, принадлежность к определенной группе сверстников). Понимание старшим школьником того, что принадлежность к определенной группе сверстников и взрослых становится для него безусловной, ведет к тому, что отношения со сверстниками, воспитателями и учителями складываются не как приятельские, дружеские, а по типу родственных отношений, которые характеризуются показателями взаимопознания и взаимопонимания. Такую безусловность в общении в интернатном учреждении можно, с одной стороны, рассматривать как положительный фактор эффективного взаимодействия, способствующий эмоциональной стабильности, защищенности, когда группа близких сверстников и взрослых выступает определенным аналогом семьи.

В исследовании показателей поведенческого компонента по шкале «Социальная автономность» высокие показатели имеют 58% старших школьников интернатных учреждений. Большинство старших школьников, воспитывающихся в интернатных учреждениях, вошли в группу с высоким и средним уровнем социальной адаптивности, т.е. дети-сироты являются достаточно адаптивными в своей социальной нише. Но такая социальная адаптивность, на наш взгляд, связана с тем, что требования данной среды не очень высокие: требуются послушание, умение держаться большинства, услужливость, беспринципность. Среди старшекласников интернатных учреждений значительная часть испытуемых характеризуется низким уровнем межличностного эмоционального интеллекта (64%), внутриличностного эмоционального интеллекта (34%), общего эмоционального интеллекта (36%) (по сравнению с учащимися, воспитывающимися в семьях, – 18%, 26%, 26% соответственно).

Показатели низкого уровня свидетельствуют о том, что человек с трудом может контролировать интенсивность эмоций, прежде всего, приглушать чрезмерно сильные эмоции; ему тяжело контролировать внешнее выражение эмоций и при необходимости он не может произвольно вызвать ту или иную эмоцию.

Полученные результаты позволяют констатировать, что у старших школьников интернатных учреждений практически не развита способность к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими. Такой результат может быть связан с психологическими особенностями данных детей, которые обусловлены неудовлетворенным уровнем общения со значимыми близкими, несформированностью навыков практической и речевой коммуникации, неадекватностью эмоциональных реакций, ситуативностью поведения, неспособностью к конструктивному решению проблем.

Заключение. Характеризуя специфику социоэмоциональной компетентности воспитанников интернатных учреждений, можно выделить следующие особенности: низкие показатели способности к познанию поведения других людей и низкий уровень эмпатических тенденций. Дети-сироты испытывают трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, что усложняет их взаимоотношения с окружающими и снижает возможности социальной адаптации. Старшекласники интернатных учреждений практически не обладают эмоциональной отзывчивостью на переживания других, им сложнее «проникать» в мир чувств других людей в разнообразных жизненных

ситуациях. Они с трудом устанавливают отношения с людьми, требуют от людей привязанности, но сами к ней не способны. Особенности структурных компонентов социоэмоциональной компетентности подчеркивают необходимость специальной работы, направленной на развитие социоэмоциональной компетентности у данной категории детей.

Литература

1. Андреева И.Н. Эмоциональный интеллект: исследование феномена / И.Н. Андреева // Вопросы психологии. 2006. – №3. – С. 78-86.
2. Гудонис В. Исследование социальных навыков воспитанников детского дома / В. Гудонис // Дефектология. – 2008. – №6. – С. 85-89.
3. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / под ред. Е.А. Стребелевой. – М., 2008. – 336 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Марфина Н.А., Кунафина Е.Р.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Уфа, Россия

Субъективная удовлетворенность полученным лечением представляет собой компонент субъективной удовлетворенности жизни пациента в целом. Этот компонент в настоящее время недостаточно учитывается при оценке качества жизни больного. Известно, что психически больные испытывают более низкую удовлетворенность качеством своей жизни по сравнению со здоровым населением, а эта характеристика находится под прямым влиянием удовлетворенности, полученным медицинским обслуживанием [2].

Являясь одной из характеристик результата лечения в зависимости от положительного или отрицательного влияния на комплаенс пациента после выписки, оценка субъективной удовлетворенности позволяет прогнозировать успех терапии и частоту регоспитализаций, помогает отбору мероприятий по административному мониторингу лечебного процесса в медицинском учреждении [3] и при прочих равных условиях (эффективность и переносимость) позволяет врачу сделать оптимальный выбор лечебно-реабилитационных мероприятий [1].

Целью исследования. Оценить субъективную удовлетворенность психически больных лечением в специализированном отделении психиатрического стационара.

Материалы и методы: на базе отделений специализированного типа с помощью клинико-психопатологического, патопсихологического и статистического методов обследовано 52 больных. Критерием включения больных в исследование было отсутствие острого психотического состояния, сопровождающегося искаженным восприятием действительности, дезорганизацией поведения и невозможностью установления продуктивного контакта с больным, отсутствие грубых проявлений апато-абулического дефекта, отсутствие грубых когнитивных расстройств. Средний возраст больных составил $39,8 \pm 1,6$ лет. Среди обследованных у 7 чел. (13,5%) было высшее образование, у 6 чел. (11,5%) - среднетехническое, у 25 чел. (48,0%) – средне - специальное, у 14 чел. (26,9%) - среднее образование. Длительность заболевания в среднем составила $15,3 \pm 1,4$ года (от 1 года до 45 лет). По тяжести совершенных правонарушений обследованные распределились следующим образом. Особо тяжкие преступления совершили 33 чел. (63,4%), тяжкие преступления 10 чел.(19,2%), преступления средней тяжести 6 чел.(11,5%), преступления небольшой тяжести 3 чел.(5,7%). Повторное в течение своей жизни принудительное лечение походили 14 чел. (26,9%). Длительность принудительного лечения на момент обследования в среднем составила 3,5 года (от 2 лет до 5 лет).

Для оценки субъективной удовлетворенности лечением использовался опросник удовлетворённости стационарным психиатрическим лечением (качеством жизни, связанным с одним из аспектов психического здоровья - лечением в психиатрическом стационаре), разработанный и валидизированный в НИПНИ им. Бехтерева Н.Б. Лутовой, А.В.Борцовым и проф., В.Д. Видом в 2007 году [1]. Опросник состоит из 40 пунктов, составляющих следующие субшкалы, соответствующие основным компонентам структуры субъективной удовлетворенности: удовлетворенность результатом лечения, удовлетворенность взаимоотношения врач-больной, удовлетворенность бытовыми условиями и окружающей обстановкой, субшкала стигматизации.

Под удовлетворенностью результатами лечения понимается удовлетворенность улучшением самочувствия, устранением психопатологической симптоматики и ряда психологических проблем (трудности общения, решения жизненных задач, проблемы самооценки), достигаемых различными лечебными подходами. В нее включены общая удовлетворенность, соответствие результатов ожиданиям, оценка действия лекарств и переносимости побочных эффектов, оценка динамики самочувствия, включая физическое состояние, демистификация терапии (отрицание ее чудодейственной природы), оценка динамики самооценки, своего коммуникативного и проблемно-решающего поведения в результате лечения, динамика взгляда на будущее в результате терапии, восприятие будущего. Под удовлетворенностью взаимоотношениями врач-больной понимается реакция на комплекс параметров, определяющих восприятие врача и взаимодействие с ним. Субшкала врач-больной включает такие компоненты, как оценка вклада врача в результат лечения, наличие или отсутствие страха перед психиатром, доверия к нему, желания иметь с ним дело в дальнейшем, согласия с курсом проводимого им лечения, понятности и прозрачности общения с ним, достаточности уровня его профессиональной компетентности и эмпатического потенциала, восприятия врачом пациента как человека, а не только как носителя симптомов, поддержки со стороны врача в построении жизненных планов, его доступности для решения проблем пациента. Субшкала удовлетворенности бытовыми условиями и окружающей обстановкой отражает восприятие пациентом инфраструктуры стационара и психологического климата в нем. Сюда относится, испытывает ли больной чувство оторванности от привычной домашней обстановки, как он воспринимает окружающих пациентов, испытывает ли интерес к общению с ними, тяготеет ли режимом пребывания, доволен ли питанием, имеет ли возможность достаточно содержательного проведения свободного от лечебных мероприятий времени. В этой субшкале оценивается также чуткость и внимательность медперсонала по отношению к пациенту. Субшкала стигматизации отражает специфическую реакцию больного на свой статус психиатрического пациента и сферу психиатрии в целом. Пункты шкалы включают оценку опасений со стороны больного того, что контакт с психиатрией может негативно отражаться на учебной или производственной ситуации, жизненных планах, отношении к себе окружающих, опасения возможных профессиональных и правовых ограничений.

Результаты исследования показали, что уровень общей удовлетворенности лечением у больных, находящихся на принудительном лечении крайне низкий. Суммарная удовлетворенность лечением среди обследованных пациентов составила 79,3 балла или 66,1% от максимального значения. Отдельные шкалы опросника субъективной удовлетворенности лечением также имеют низкие значения. Удовлетворенность результатами лечения 30,7 (67,7% от максимального значения), удовлетворенность отношениями с врачом 25,6 (71% от максимального значения), удовлетворенность бытовыми условиями и окружающей обстановкой 19,3 (64,3% от максимального значения), стигматизация 3,9 (43,% от максимального значения). Соответствуя целям исследования, было установлено, что общий показатель субъективной удовлетворенности лечением положительно коррелирует с эмоциональной поддержкой пациентов со стороны

родственников, друзей и других близких. Сравнение полученных результатов с результатами авторов методики показало их сопоставимость ($p > 0,05$).

Анализ корреляций (Пирсон) показал, что удовлетворенность лечением у обследованных больных не связана с их возрастом, уровнем образования, тяжестью ООД, длительностью заболевания и длительностью принудительного лечения. Наиболее сильные корреляционные связи обнаружены между суммарной оценкой удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре и субшкалой «удовлетворенность отношениями с врачом» ($r=0,83$), то есть с соответствующими ответами на вопросы: «Мне вряд ли захочется ещё иметь дело с моим лечащим врачом», «Мой лечащий врач не мог четко и понятно ответить на мои вопросы», «Моего врача интересовали только мои симптомы, как человек я ему был неинтересен» и т.д.. Менее сильными корреляциями общая удовлетворенность связана с субшкалой «результаты лечения» ($r=0,72$), субшкалой «бытовые условия и окружающая обстановка» ($r=0,66$), субшкалой «стигматизация» ($r=0,44$).

Выводы. Полученные данные указывают на важность предложенного подхода к совершенствованию стационарного принудительного лечения, необходимость его дальнейшего более глубокого изучения, что позволит получить новые научные данные в области качества жизни психически больных с возможностью использования результатов в профилактической и психокоррекционной работе.

Литература:

1. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре (I): состояние вопроса // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева.-2007.- Т02/01.-С. 4-8.
2. Blenkiron P., Hammill C.A. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? // Postgrad. Med. J. -2003. - Vol. 79. - P. 337-340.
3. Druss B.G. et al. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care // Psychiatr. Serv. - 1999. -Vol. 50.-P. 1053-1058.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА НОЧНОЙ ЕДЫ

Махортова И.С., Цыганков Б.Д., Ширяев О.Ю., Куташов В.А.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО

Москва, Россия;

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ, кафедра психиатрии с наркологией, кафедра психиатрии с неврологией ИДПО

Воронеж, Россия

Актуальность. Синдром ночной еды (СНЕ) является одним из относимых к донозологическим формам расстройств пищевого поведения состоянием [1]. Критерии данного синдрома перечислены в разделе «Другие уточненные расстройства пищевого поведения» DSM-V [3]. Значимой проблемой диагностики остается разграничение вечерней и ночной гиперфагии. Вопреки очевидности различий клинической картины переедания в вечернее и ночное время, основная часть исследователей объединяет понятия вечерней и ночной гиперфагии при диагностики СНЕ [5]. Другие исключают ночное переедание из СНЕ [4]. В актуальных критериях возможно наличие как ночного и вечернего переедания по отдельности, так и их сочетания. Существуют данные о том, что целесообразно выделять клинические подтипы данного синдрома в зависимости от преобладания ночных или вечерних эпизодов переедания. Данный подход обуславливает не только дифференцированный подход к диагностике, но и назначение терапии антидепрессантами различного механизма действия, что позволяет повысить эффективность лечения. Установлено, что наличие синдрома ночной еды имеет

выраженную связь с развитием ожирения у пациентов. Наличие данного расстройства связано со значительным ухудшением прогноза эффективности программ снижения веса для данной категории лиц [5].

Цель работы: повышение эффективности лечения пациентов с синдромом ночной еды на основе сравнительного анализа показателей индекса массы тела у пациентов с различными клиническими формами расстройства.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели в условиях свободной выборки была обследована группа пациентов с синдромом ночной еды (n=96, 69 женщин и 27 мужчин) в возрасте от 31 до 63 лет (средний возраст $43,57 \pm 3,27$). Все пациенты предъявляли жалобы на нарушения ночного сна, переедание во второй половине дня, ночные приемы пищи, отсутствие аппетита и тошноту утром, что позволило определить у них наличие синдрома ночной еды. Данные феномены присутствовали не менее четырех недель, сохранялись постоянно, не были связаны с другой соматической/психической патологией.

После первичного обследования выборка больных была разделена на две в соответствии с клиническими проявлениями СНЕ. Пациенты, у которых наблюдалось 2 и менее эпизодов приема пищи ночью в неделю, были включены в группу с преимущественно вечерними проявлениями синдрома (n=47). Пациенты, у которых наблюдалось 3 и более ночных эпизодов приема пищи в неделю – в группу с преимущественно ночными проявлениями синдрома (n=49). Всем пациентам было проведено измерение роста и веса с определением индекса массы тела (ИМТ).

Результаты. Средняя выраженность ИМТ по выборке пациентов составила $26,17 \pm 0,95$, что соответствует избыточной массе тела. В группе пациентов с преимущественно вечерним перееданием показатель ИМТ был достоверно ($p < 0.05$) выше, чем в группе с преимущественно ночным перееданием ($28,70 \pm 1,05$ и $23,73 \pm 1,24$ соответственно). При этом показатель ИМТ последних не преодолевает порога в 25 баллов и соответствует нормальной массе тела. В группе пациентов с преимущественно вечерним перееданием процент пациентов с ИМТ менее 25 составил 12,77%, с ИМТ от 25 до 30 – 44,68%, с ИМТ более 30 – 42,55%. У больных с преимущественно ночными эпизодами показатели были 55,10%, 34,69%, 10,20% соответственно.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволяет утверждать, что в исследованной группе пациентов с синдромом ночной еды среднее значение ИМТ соответствует избыточной массе тела. У больных с преимущественно вечерними эпизодами переедания ИМТ достоверно выше, чем у больных с ночными эпизодами. Также 43% пациентов с вечерним перееданием страдают ожирением, что значительно выше, чем в сравниваемой группе.

Литература:

1. Махортова И.С., Романова М.М., Цыганков Б.Д., Анализ особенностей личности и аффективных расстройств у лиц с синдромом ночного переедания // Психическое здоровье. – 2012, № 2. – С. 29-31.
2. Махортова И.С. Цыганков Б.Д., Ширяев О.Ю. Коррекция синдрома ночной еды у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами Психические расстройства в общей медицине. – 2013, №3. – С. 36-39.
3. Allison, K.C., Crow, S.J., Reeves, R.R., West, D.S., Foreyt, J.P., DiLillo, V.G., Wadden, T.A., Jeffery, R.W., Van Dorsten, B., Stunkard, A.J. 2007. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. *Obesity*. 15(5):1287-1293.
4. Colles SL, Dixon JB. Night eating syndrome: Impact on bariatric surgery. *Obes Surg* 2006;16:811–820.
5. Lundgren J.D. Evening hyperphagia and food motivation: a preliminary study of neural mechanisms/J.D. Lundgren // *Eat Behav.* –2013. – 35-46.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Михайлова Е.Б., Кучаева А. В.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ
Республика Татарстан, Казань, Россия

Актуальность: Паническое расстройство является заболеванием, имеющим как психическую, так и соматическую основу. Это распространенное тревожное расстройство охватывает приблизительно 4% населения. Основным проявлением панического расстройства (ПР) являются повторяющиеся пароксизмы тревоги (панические атаки). Паническая атака (ПА) представляет собой необъяснимый, мучительный для больного приступ страха или тревоги в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами. Настоящее исследование посвящено изучению диагностики и лечению ПР. Важным вопросом является определение причин возникновения ПР. Своевременная диагностика тревожной симптоматики, имеет принципиальное значение для адекватного терапевтического ведения пациентов с ПР.

Цель работы: Изучение особенностей диагностики и лечения больных с ПР, для адекватного и своевременного лечения пациентов с данной психопатологией.

Материалы и методы: В ретроспективном исследовании приняли участие 60 человек: 30 пациентов с ПР, и 30 психически здоровых людей, сопоставимых по полу и по возрасту (контроль здоровые), находившихся на стационарном лечении в ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница Министерства Здравоохранения Республики Татарстан им. акад. В.М. Бехтерева» г. Казани. Из 60 испытуемых: 36 – женщин, 24 – мужчин, возраст 14-83 лет, средний возраст 48,5 года. Для решения поставленных задач использовали клинко-анамнестический, клинко-динамический и клинко-статистический методы исследования. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: В семейном анамнезе пациентов с ПР достоверно чаще были выявлены панические и тревожные расстройства у родственников первой и второй линии. К числу наиболее распространенных стрессовых ситуаций относились регулярное физическое и/или умственное перенапряжение, конфликты в семье и личной жизни, затруднения на работе (38,32%), резкая смена жизненного стереотипа.

В 78% случаев ПР являлось не самостоятельным заболеванием, а симптомом, сигнализирующим о какой-либо патологии, поэтому мы обследовали пациентов на наличие провоцирующих факторов, выявляя, что именно раздражает вегетативный отдел нервной системы. 30% пациентов страдали ПР вследствие субклинического гипотиреоза. У 47% пациентов причинами ПР были паразитарные инфекции – лямблиоз, описторхоз, токсоплазмоз. У 23% пациентов симпато-адреналовые кризы были обусловлены желчекаменной болезнью. Так как в 68 % случаев ПР возникали на фоне депрессивных расстройств, для уточнения диагноза и своевременного выявления тревожного расстройства мы установили суточное время возникновения панических атак: для эндогенного депрессивного расстройства они характерны в ночное и утреннее время с улучшением состояния пациента к вечеру, при реактивной депрессии панические кризы были ситуационными и возникали преимущественно в вечернее время. Для соматически обусловленных ПР суточность не была характерна.

Все пациенты с ПР получали анксиолитики и антидепрессанты. В 93% случаев пациентам с ПР, эффективно было назначение диэнцефальной смеси – это малые дозы бензодиазепиновых транквилизаторов в сочетании с антигистаминными средствами. В зависимости от уровня артериального давления в лечении пациентов с ПР применяли кардиотоники (при понижении АД) либо бета-блокаторы (при повышенном давлении). При выявленной органической и соматической патологии были назначены – гормонозаместительная терапия, антимикробные препараты, витамины и т.д. Курс

лечения, назначаемый пациентам с ПР, включал в себя сеансы когнитивно-поведенческой терапии. У 43% пациентов с ПР положительный эффект был при применении иглорефлексотерапии.

Заключение. Своевременное выявление ПР позволит предупредить развитие генерализованного тревожного расстройства и увеличит комплаентность лечения.

Литература:

1. Арутюнова Э.Э., Д.Б. Цыганков. Дифференцированная терапия панических атак // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2004. –

2. Щетинина Е.А., Цыганков Д.Б. Роль психогенно-стрессовых факторов в формировании психических нарушений // Сборник трудов XXIX итоговой конференции общества молодых ученых МГМСУ. – М., 2007.- С.480-481.

ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОМ НАПРАВЛЕНИИ

Нечаева М.В., Нюхалов Г.А., Журавлёв Я.С.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»

Областной психотерапевтический центр

Оренбург, Россия

Актуальность настоящей работы связана с высокой распространённостью шизоидного расстройства личности, с недостатком данных, касающихся патогенеза и особенностей психотерапии данного расстройства [1].

Целью настоящей работы является изучение особенностей шизоидного расстройства личности во взглядах некоторых психоаналитиков и проведение психотерапии при указанной патологии.

Исторически шизоидную динамику было принято рассматривать как «примитивную», и даже специалисты в области психического здоровья раньше имели тенденцию отождествлять шизоидов с психически примитивными, «первобытно безумными». Мелани Кляйн внесла вклад в понимание шизоидного процесса как сложного и специфического, а не «архаичного» или «незрелого». Кроме того, многие авторы склонны рассматривать шизоидные проявления как предвестники шизофренического психоза, однако, существует широкий спектр от тяжелой формы шизофрении до нормального шизоидного типа личности. Есть много людей с диагнозом шизофрения, чья преморбидная личность могла быть преимущественно параноидной, обсессивной, истеричной, депрессивной, или нарциссической [3].

Определяющими характеристиками шизоидного расстройства личности принято рассматривать отсутствие близких друзей и доверительных связей, отсутствие желания иметь такие связи, а также почти неизменное предпочтение уединённой деятельности [2]. В результате этих людей часто описывают как замкнутых, ведущих затворнический образ жизни и одиноких. В психоаналитическом понимании оспаривается рассмотрение шизоидной природы, как избегающей близости. Шизоидные люди могут иметь сильные привязанности. На самом деле, те связи, что у них есть, могут быть более эмоциональными, чем привязанности людей с гораздо более выраженной эмоциональностью, и так как шизоидные люди склонны чувствовать себя в безопасности с относительно немногими людьми, потеря этой связи может быть разрушительной [3].

При рассмотрении этиологии шизоидного расстройства личности в психоаналитическом направлении особое значение придаётся высокому уровню чувствительности этих людей. Эта острая чувствительность проявляется с самого рождения в поведении отталкиванием переживаний, так как они оказываются «слишком ошеломляющими, слишком вторгающимися, слишком пронзительными» [3].

Люди с шизоидным расстройством личности часто обращаются за помощью к психотерапевту, в надежде, например, улучшить отношения со своим окружением. При этом психоаналитический подход, может нравиться им, за счет относительно небольшого вторжения терапевта в их личное пространство. Однако, вне зависимости от того, в каком направлении работает психотерапевт, наиболее существенным для психотерапевтического процесса является сам факт получения опыта «развития, переработки, совершенствования себя в ситуации принятия, ненавязчивого, но мощного и чуткого». У Винникота существует концепция воспитателя, который позволяет ребёнку «продолжать существовать» и «быть в одиночестве в присутствии матери», которая точно описывает подход, подходящий для работы с шизоидными пациентами [3].

Шизоидным пациентам, бывает «невыносимо больно» откровенно говорить о своих чувствах в процессе психотерапии. Так, особую значимость приобретает использование художественных средств - литературы, кино, метафор, исторических событий, идей религиозных и духовных мыслителей. Н. Мак-Вильямс приводит пример из своей практики, когда на сеансах использовала чтение пациентке «доступной пониманию психоаналитической литературы», чтобы избавить её от мучений, озвучив те чувства, «которые она считала признаками глубокого безумия» [3].

Шизоидные пациенты бывают удивительно чуткими и пронизательными по отношению к тому, что происходит с самим психотерапевтом во время сеансов. Именно поэтому, в терапии с ними приходится быть максимально открытыми, естественными, иногда даже «беззащитными, растерянными, ошибающимися, неуверенными, борющимся, живым, возбуждённым, подлинным» [3]. Раскрытие терапевта шизоидные пациенты при этом принимают с благодарностью и уважением. Кроме того, именно такое раскрытие (сознательное и аутентичное) со стороны терапевта иногда может способствовать серьёзному прогрессу в психотерапии.

Опасность психотерапии с шизоидными пациентами состоит в том, что когда им становится комфортно в терапии, они делают профессиональные отношения заменой того удовольствия, которые могут найти вне кабинета. Не стоит забывать, что пациент обратился, чтобы построить и развить близкие отношения, признаков которых могло так и не появиться [3].

Таким образом, во взглядах психоаналитиков центральной проблемой человека с шизоидным расстройством личности является потеря, и связанная с ней проблема одиночества. Тот факт, что шизоидные люди неоднократно отделялись и искали уединения, не является доказательством их безразличия к одиночеству. Люди с шизоидным расстройством личности могут обращаться за медицинской помощью, поскольку, они отступили так далеко от значимых отношений, что чувствуют себя «опустошенными, бесполезными, и внутренне умершими» [3]. Или они приходят на терапию с определенной целью: чтобы пойти на свидание, чтобы стать более социальными, чтобы начать или улучшить сексуальные отношения, чтобы побороть то, что они называют "социальной фобией", при этом опыт принятия, полученный во время психотерапии, может иметь наибольшую ценность.

Литература:

1. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб.: Речь, 2000. - 402с.
2. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). / Под общей редакцией Казаковцева Б.А, Голланда В.Б. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2003. – 240с.
3. McWilliams, N. Article «Some thoughts about schizoid dynamics», 2014 г.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ И (ИЛИ) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ДИСКУРС

Носачев Г.Н.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Самара, Россия

Если количество психотерапевтических методик психотерапевтического метода растет с каждым годом (и приближается к 700), то все еще далека от стройных гипотез как в теоретических, так и в практических вопросах общая теория психотерапевтического метода для всех моделей его использования. Между тем практическая результативность его применения стала понятной не только по эффективности медицинской психотерапии, частично - по психокоррекции, но по все большему использованию его в социологии, политологии, включая ведение информационных войн и «цветных» революций [1].

До сих пор остается вопрос, что происходит в процессе психотерапевтической сессии: воздействие, интервенция, убеждение/разубеждение, беседа или дискурс, или то и другое, и третье, но главное – воздействие и (или) дискурс в системе «человек – человек» (врач – пациент, психолог – клиент, социолог – группа, политик – общество). Но дискурсы в психотерапевтическом методе как-то не принято обсуждать в теории и практике психотерапии.

Дискурс из философского, культурологического и лингвистического стал рассматриваться во всех гуманитарных науках и практиках, где присутствует система «человек – человек» в коммуникативной сфере, в речевом пространстве. Дискурсологию стали выделять как науку, например, педагогическую дискурсологию (Щербинина Ю.В., 2015)[2].

Дискурс (беседа, разговор, рассуждение, диалогическое взаимодействие) – речемысл в социологическом и общекультурном контексте взаимодействия в реальной ситуации, т.е. речемыслительная деятельность, тематические и стилистические тексты в совокупности с экстралингвистическими (внеязыковыми) факторами, семантическое (знаковое) пространство, включенное в ту или иную сферу коммуникации, в том числе и психотерапевтическую (семейную, индивидуальную, групповую и др.). Именно в этом интуитивном или практически наработанном взаимодействии терапевта и клиента можно увидеть успех конкретной практики, его искусство и успех ремесла. В медицине с античных времен говорят о создании психотерапевтического пространства как особого лечебного фактора. А в различных гуманистических дисциплинах придают ему различные определения: «сущностная даль речи» (К.Юнг), «единое пространство великой игры языка» (М.Фуко), «коммуникативный ландшафт» (Г.М. Гаспаров), «национально-лингвокультурное поле» (В.В.Красных), «пространство коммуникативно ориентированной человеческой речи» (В.Ю.Михайлин) и др.

Остановимся на медицинской модели психотерапевтического дискурса (ПТД). Основы ПТД были заложены задолго до появления этого термина в трудах многих психотерапевтов, начиная с З.Фрейда и К.Юнга. Дискурс происходит в системе «врач – пациент», где врач организует психотерапевтический процесс (пространство), а дискурс разворачивается в двух основных разновидностях: уточняющем и обучающем. Из двух других разновидностей дискурса психотерапевты предпочитают скрытый, иногда вообще избегая явного (открытого, внешне выраженного) характера. Конечно, данное деление достаточно условное.

По отношению к участникам ПТД можно выделить врача (учителя, гуру) и пациента (ученика, послушника). Главная задача этой коммуникации - взаимное раскодирование полученной и транслируемой информации. Профессиональный ПТД общих вопросов теории и практики практически отсутствует. Идут дискурсы между направлениями, а чаще - внутри направления (в частности, психоанализа), но концептуальные метафоры психотерапевтического метода редко являются предметом ПТД («психотерапия – наука

или...», «психотерапия и психофармакология», «психотерапия и личность» и т.д.). К сожалению, необходимо констатировать, что в системе «коллега - коллега (общественность)», ПТД чаще всего не носят институционального статусно-ориентированного характера, а являются смесью институционального и личностно ориентированного бытийного (философского или художественного) и бытового дискурса. В результате те немногочисленные дискурсы в профессии не объединяют и не соединяют профессионалов в сообщество (ассоциации), а больше разъединяет их по направлениям и методикам и даже техникам психотерапии (примером являются мастер-классы, а не курсы повышения квалификации). Не меньше проблем и в системе «врач – пациент», где в ПТД - сеансе (группе сеансов) путается личностно-ориентированный бытовой дискурс, перемешивается со статусно-ориентированным институциональным дискурсом, что мешает пациенту полностью декодировать сообщаемую ему информацию, и он остается малоинформированным потребителем услуги без изменения личности и поведения.

На наш взгляд внедрение в психотерапевтический метод не только теории, но и практики психотерапевтического дискурса позволит не только повысить эффективность психотерапевтических практик (методик), но и ускорит разработку его теории.

Литература:

1. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. Информационная дезорганизация личности как социопсихологопсихиатрическая цель современной войны // Материалы Российской научной конференции с международным участием «Психология войны: психические и поведенческие расстройства у жертв тяжелого стресса». Ростов на Дону, 2015.- с.134-140.

2. Щербина Ю.В. Введение в педагогический дискурс: учебник.- М.: ФОРУМ-ИНФРА-М, 2015.

МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПСИХИАТРОВ И НЕВРОЛОГОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ДЕМЕНЦИЙ (НА МОДЕЛИ РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ)

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»

Самара, Россия

Клинические нейронауки, а это преимущественно неврология и психиатрия, теоретически давно и успешно взаимодействуют, но практически - не только не взаимодействуют, но и весьма разобщены в понимании многих синдромов. В качестве клинической иллюстрации приведем часто встречающиеся преходящие расстройства сознания при сосудистой патологии головного мозга (в частности, обусловленной патологией сонных артерий) вплоть до сосудистой деменции (F01).

Расстройства сознания являются основной клинической причиной ургентной медицины, включая неврологию и психиатрию. Но если тяжелым количественным расстройствам сознания (кома, сопор) уделяется достаточно внимания, и они дифференцируются по степени тяжести, то умеренное и глубокое оглушение в лучшем случае только выделяется, и полностью в неврологии исчезло понятие «легкое оглушение».

Термин «обнубиляция» (лёгкое оглушение) в настоящее время полностью исчез из соматической и неврологической литературы (сохраняется в психиатрии) и целого ряда клинических шкал (например, шкала Глазго). Между тем, в остром, реже - подостром периодах черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и на поздних стадиях цереброваскулярной патологии обнубиляция встречается достаточно часто, но редко диагностируется и тем более редко оценивается при проведении терапии и решении вопросов социальной адаптации, а, соответственно, и при реализации гражданских прав пациентов.

Цель исследования – литературный и клинический анализ расстройства сознания, в частности лёгкого оглушения («обнубиляции»), в ряде соматических отделений клиник Самарского государственного медицинского университета.

Анализ ряда учебных пособий и руководств, преимущественно по неврологии, включая национальное руководство «Неврология» (2009) показал, что термин «лёгкое оглушение» («обнубиляция») не используется. В национальном руководстве выделяется три термина: «затемнённое сознание», «спутанное сознание» и «оглушение», последнее делится на умеренное и глубокое. Чётких феноменологических различий между тремя терминами не приводятся, также остаётся непонятным, как при выделении умеренного и глубокого оглушения не нашлось места для лёгкого оглушения. Отсутствует оно и в отечественной классификации А.Н.Коновалова (1982, 1986) при ЧМТ, как и в скрининговой шкале Глазго, где оглушение так же делится на умеренное и глубокое. И нам не удалось в неврологической литературе последнего тридцатилетия найти хотя бы какое-то объяснение отсутствия лёгкого оглушения при ЧМТ. А.С.Тиганов (2009) в национальном руководстве «Психиатрия» особо выделяет «лёгкую степень оглушения – обнубиляцию, клинически «проявляющуюся рассеянностью, медлительностью, малой продуктивностью, затруднением при понимании вопросов, осмыслении ситуации, решении задач» (с.326).

Е.В.Макушкин и Л.Е.Пищикова[1], выстраивая концепцию понимания позднего возраста в судебной психиатрии, предложили алгоритм дезинтеграции при различных вариантах деменций. Выстраивая модель атеросклеротической деменции (F01 «Сосудистая деменция»), указывают на следующие основные параметры: динамика – медленное ундулирующее течение, дезинтеграция – преимущественно количественные и достаточно высокая сохранность личности. Именно при сосудистой патологии за счет ишемических и гипертонических (дисциркуляторных) «атак» возникают состояния ундулирующего оглушения разной степени длительности от нескольких часов до суток и более, что, к сожалению, не правильно оценивается неврологами и редко попадает в поле зрения психиатра.

В клиническом аспекте частота синдрома «обнубиляций» свидетельствует о неблагоприятном течении и прогнозе цереброваскулярного заболевания, недостаточности проводимой терапии, необходимости динамического диспансерного наблюдения невролога и терапевта и разработки индивидуальных реабилитационных мероприятий. Некоторые неврологи в подобных случаях нередко диагностируют состояние пациента как «преходящие деменции».

Наиболее частая ошибка неврологов – ориентировка в диагностике на отдельные разовые нейродиагностические шкалы (чаще всего MMSE), проводимые в период неоцененной клиники легкого оглушения.

В судебном аспекте обнубиляция выступает как важная медицинская категория, как в уголовном, так и (особенно) в гражданском процессе. В частности, пожилые пациенты в состоянии обнубиляции при цереброваскулярной патологии нередко совершают «неадекватные» сделки (завещания, дарения, продажи и т.п.).

Взаимодействие следует видеть в дискурсах между неврологами и психиатрами в рамках конференций, образовательных циклов, а, возможно, и возвращение к совместному профессиональному обществу или хотя бы к совместным заседаниям профессиональных ассоциаций.

Литература:

1. Макушкин Е.В., Пищикова Л.Е. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (часть 2) // Российский психиатрический журнал, 2015. - №1. - с.4-13.

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МЕТАФОРА ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ДИСКУРСА В СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЛОГИИ

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ,

ГБОУ ВПО «Самарский наркологический диспансер»

Самара, Россия

Современная отечественная наркология еще не состоялась как теоретическая дисциплина и функционирует как плохо структурированная клиническая практика. Хотя её с одной стороны рассматривают как отдельную науку, со второй – как раздел психиатрии, а с третьей как эклектическое соединение биологических, психологических и социальных наук. Но и первый, и второй взгляды требуют определиться в теоретических институциональных дискурсах с концептуальными метафорами. При этом не следует забывать, что практическими вопросами потребления ПАВ занимаются и другие науки (дисциплины) как медико-биологические, так и гуманитарные (например, девиантология). Это многообразие исследовательского материала создает существенные трудности не только в теоретическом, но и, главное, в практическом отношении, включая профессиональные дискурсы.

Одним из подходов к институциональному структурно-ориентированному дискурсу является четкое определение концептуальной метафоры, т.е. научный дискурс должен, в первую очередь, пользоваться понятиями (терминами, определениями, концептами) данного раздела науки (дисциплины). К сожалению, в отечественной наркологии часто (если не преимущественно) пользуются терминами, заимствованными из социологии, девиантологии, психологии (например, наркозависимые, аддикция и др.), не отражающими клинического содержания и не наполненными им (синдром, заболевание и т.д.).

В современной дискурсологии под концептуальной метафорой (КМ) понимается инструмент познания окружающей действительности, форма отображения архетипического и стереотипного в коллективном языковом сознании, способ понимания основ и объяснений механизмов мышления и речи (Щербинина Ю.В., 2015) [2]. Именно на основе концептуальной метафоры происходит профессиональное общение, профессиональные объединения (научные школы, практические дисциплины) и социокультуральные сообщества.

В клинической наркологии базовыми метафорами последних лет являются «патологическое влечение» «аддиктивное влечение», «аддиктивное поведение», «аддиктивная личность», «поведенческие синдромы», «терапия психотропными средствами», «личность на этапах реабилитации» и др.

Остановимся на дискурсе «патологическое влечение – аддиктивное влечение» [1], рассмотрим его хотя бы с позиций главных тезисов Дж.Лакоффа [2]. Данные термины у большинства участников дискурсов рассматриваются как синонимы.

1. «Локус метафоры – в смысле, а не в языке», т.е. речь идет о разных понятиях. В синдроме патологического влечения говорится о клинических симптомах разной степени выраженности (от навязчивого до импульсивного), имеющих значение как в диагностике, течении, прогнозе так и в лечении болезни. Аддиктивное (зависимое) влечение – широкое понятие, включающее в себя все варианты зависимости от физиологического, психологического, социального до клинического, т.е. не имеет четкой клинической ценности и может рассматриваться и как проявление других разделов психиатрии (например, сексопатологии).

2. «Наша обыденная понятийная система... метафорична по своей природе». В таком контексте дискурс из институционального превращается в личностно-ориентированный бытовой, реже бытийный дискурс.

3. «Метафора позволяет понимать довольно абстрактные или по природе неструктурированные сущности в терминах более конкретных или, по крайней мере, более структурированных сущностей». Следовательно, конструирование КМ и использование её в институциональном профессиональном дискурсе позволяет лучше формировать теоретические знания в четких разделах науки и использовать в практическом опыте.

Для понимания универсальности КМ следует указать на её специфические функции: фатическая, атрибутивная (познавательная), когнитивная, диагностическая и миромоделирующая. Среди них можно условно выделить КМ теоретические и практические, к последним можно отнести диагностическую и терапевтическую, что позволяет не только дискутировать, но и вырабатывать стандартные решения.

Таким образом, КМ выступает как основа дискурсионного кода, символической расшифровки её содержательной стороны, а также глубинных смыслов природного и внутреннего мира человека. По существу, КМ является и «матрицей», и формой, и «схемой» содержания предмета дискурса, оформленного в виде мысли-речи. Правильное построение профессионального дискурса с использованием КМ является главной задачей и в наркологии.

Литература:

1. Менделевич В.Д., Зобина М.Л. Аддиктивное влечение.- М., «МЕДпресс-информ», 2012.- 264.
2. Щербина Ю.В. Введение в педагогический дискурс: учебник.- М.: ФОРУМ-ИНФРА-М, 2015.

CASE-MANAGEMENT В ПСИХОТЕРАПИИ: ИНТЕГРИРОВАНИЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, СУПЕРВИЗИИ, ПЕДАГОГИКИ

Нюхалов Г.А.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»
Оренбургский областной психотерапевтический центр
Оренбург, Россия

Актуальность статьи определяется значительной зависимостью психотерапии от научно-технического прогресса, от изменений мировоззренческих и культурных ценностей. Современная тенденция к междисциплинарной интеграции позволяет внедрять новые, перспективные методы и в психотерапии.

Цель работы: информация об апробации и использовании в Оренбургском областном психотерапевтическом центре (филиале ГБУЗ ООКПБ №2) относительно нового в России метода консультирования, включающего в себя элементы профессионального образования – кейс-конференции (case-management).

Материалы и методы. Это метод активного проблемно-ситуационного анализа, основанный на обучении путем решения конкретных задач – ситуаций (решение кейсов). Целью является выявление, отбор и решение проблем; работа с информацией – осмысление значения деталей, описанных в ситуации пациента; анализ и синтез информации и аргументов; работа с предположениями и заключениями; оценка альтернатив; принятие решений; слушание и понимание других людей – навыки групповой работы [1].

Основываясь на принципах этики, деонтологии и дестигматизации, используя т.н. полимодальную психотерапию, проходит представление, обсуждение, разбор пациента и его проблем в его личном присутствии. На этом разборе присутствует группа высококвалифицированных специалистов центра, а также специалист по социальной работе, психолог, психиатр. Пациент на равных правах может задать любой интересующий его вопрос любому из специалистов. Обсуждение включает в себя не только вопросы диагностики, но и процесс лечения, реабилитации.

Результаты и обсуждение. Основная задача психотерапевта при проведении первичного интервью с пациентом и при представлении его случая на клинической конференции или своим более опытным коллегам – повысить вероятность того, что психотерапия окажется полезной для этого конкретного человека. При этом диагностика и постановка целей терапии, включает в себя более широкие понятия, чем установление симптома и его исчезновение.

Кейсы (case), т.е. базовые понятия, вокруг которых строится обсуждение во время представления пациента, могут быть разнообразными и соответствовать актуальным на данный момент вопросам.

Это могут быть цели, перспективы достижения которых, последовательно обсуждаются. Например: исчезновение симптомов, развитие способности к осознанию в т.ч. своих чувств и управлению ими, повышение реалистичного самоуважения, чувства личной инициативы, расширение способности любить, работать и быть в разумной зависимости от других, укрепление способности получать удовольствие и находиться в спокойствии и др. [2].

Это могут быть этапы терапии, соответствующие направлению, которое применят психотерапевт со своим клиентом. Например: выявление, проработка и изменение иррациональных убеждений.

Это может быть обсуждение структуры личности клиента, например: оценка неизменяемого, оценка развития, оценка защит, оценка аффектов, оценка идентификаций, оценка паттернов отношений, оценка самоуважения и патогенных убеждений [2].

Это могут быть любые, соответствующее установленным классификациям и теориям пункты, важные для психотерапевта и клиента на данном этапе терапии: например, смерть, свобода, ответственность и смысл в экзистенциальной традиции или оси в принятой классификации DSM.

Заключение. Метод case-management в психотерапии – инструмент, позволяющий применить теоретические знания к решению практических задач. Метод способствует развитию не только у пациента, но и у психотерапевта самостоятельного мышления, умения выслушивать и учитывать альтернативную точку зрения, аргументированно высказать свою. С помощью этого метода и психотерапевты, и клиенты имеют возможность проявить и усовершенствовать аналитические и оценочные навыки, научиться работать в команде, находить наиболее рациональное решение поставленной проблемы.

Литература:

1. Гришакина О.П. Метод case study (разбор конкретных ситуаций): как один из вариантов применения в практике образования современных педагогических технологий // Интернет-журнал «Педфорум», 25 декабря 2011, [Электронный ресурс]-М.: Педфорум, 2011 -.- Режим доступа: <http://pedagogie.ru/stati/pedagogicheskie-tehnologi/metod-case-study-razbor-konkretnyh-situacii-kak-odin-iz-variantov-primeneniya-v-praktike-obrazovaniya-sovremenyh-pedagogicheskikh-tehnologii.html>, свободный. – Загл. с экрана. - Яз. рус., англ.

2. Мак-Вильямс Н. Формулирование психоаналитического случая / Перевод с английского К. Немировского. М. : НФ Класс, 2015. 328 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ АЛЕКСИТИМИИ: ETIC- И EMIC- ПОДХОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Овчинников А.А., Султанова А.Н.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Новосибирск, Россия

Этнопсихиатрические проблемы приобретают большую актуальность в работах ученых последних десятилетий. Встречаются исследования кросскультуральных аспектов поведенческих и эмоциональных нарушений, достаточно много говорят об алекситимии,

поднимая вопрос культурно-специфичности или культурно-универсальности этого феномена. Однако однозначного ответа на вопрос влияния иной социокультурной среды на развитие эмоциональных нарушений, связанных с различием культуральных паттернов, как в распознавании, так и в проявлении эмоций, в литературе не встречается.

Цель: сравнить уровень алекситимии у трудовых мигрантов и мигрантов-соотечественников; проанализировать социокультурные факторы проявления алекситимии.

Материал и методы: Было проведено скрининговое исследование на базе УФМС по Новосибирской области мигрантов-соотечественников в количестве 141 человек и трудовых мигрантов в количестве 728 человек. Исследование проводилось с марта 2010 года по декабрь 2013 года. Симптомы алекситимии изучались с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS).

Результаты и их обсуждение. В результате исследования установлено, что средние значения по уровню алекситимических симптомов в группе трудовых мигрантов составляют $64,8 \pm 16,7$ баллов, а в группе мигрантов-соотечественников - $46,5 \pm 11,2$ баллов. В группе трудовых мигрантов средний балл по шкале алекситимии находится в пределах «группы риска» (62 балла и выше). При использовании U-критерия Манна-Уитни выявлены значимые различия ($p=0,0002$) в показателе алекситимии между трудовыми мигрантами и мигрантами-соотечественниками. Трудовые мигранты, приехав в страну с совершенно иным культурным укладом, вынуждены кардинально менять свои привычные паттерны поведения. В каждой культуре существуют правила о том, какое выражение лица должно быть по определенным поводам и следует или не следует выражать определенные эмоции. Правила культуры предписывают иногда даже симулировать некоторые эмоциональные выражения. Возможно, культурное расстояние и есть основная причина сниженной способности или затрудненности в вербализации эмоциональных состояний и чувств в группе трудовых мигрантов. В.В. Соложенкин и Е.С. Гузова предлагают классификацию алекситимий, в которой выделяются культуральные алекситимии, отражающие особенности коммуникативного стиля, характерные для определенной культуры [1].

Высокий уровень алекситимии у большинства трудовых мигрантов является также следствием соматизации аффекта. Основным механизмом соматизации является специфический интрапсихический конфликт. Д. Голдберг и соавторы считают, что одними из факторов, лежащих в основе соматизации, являются механизмы психологической защиты [2]. Трудовые мигранты в процессе личностно-средового взаимодействия с иной культурной средой в период адаптации подвергаются огромному количеству психосоциального стресса. Организм реагирует специфическими психологическими и соматическими реакциями, что проявляется формированием психосоматических расстройств, как прямого показателя срыва адаптационного процесса. В вышеупомянутой классификации В.В.Соложенкина и Е.С.Гузовой выделяются преходящие (адаптационные) алекситимии, т.е. алекситимия определяется как один из адаптационных реакций на тревогу и рассматривается как форма проявления аффективных нарушений [1].

Выводы. Сравнительный анализ уровня алекситимии выявил кросскультуральные различия данного феномена; патогенетической основой полученного результата является стресс аккультурации, запускающий механизмы формирования алекситимии, как защитного фактора при адаптации к иной культурной среде. Алекситимия мигрантов также является следствием соматизации аффекта и трудовые мигранты – это основная группа риска по развитию психосоматической патологии.

Литература:

1. Соложенкин В.В. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции / В.В. Соложенкин, Е.С. Гузова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т.8. – Вып. 2.

2. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике Киев; Сфера, 1999.-301 с.

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Оруджев Н.Я., Поплавская О.В., Соколова А.Г.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Волгоград, Россия

Включение курортных факторов, способствующих нормализации нейродинамики и устраняющих нейровегетативные и нейросоматические дисфункции, в комплексные лечебные программы, повышает эффективность терапии и реабилитации больных с психическими расстройствами, сокращает сроки временной нетрудоспособности, предотвращает инвалидизацию, ускоряет возвращение к активной жизни [1].

С целью изучения комплиментарности правовых и клинических регуляторов работы психиатрической службы с помощью метода кейс-стади, мы изучали причины затруднений реализации права на получение санаторно-курортного лечения (СКЛ) лицами, страдающими психическими расстройствами.

Действующего нормативного документа о противопоказаниях к СКЛ на этапе направления взрослых пока нет. На сайте министерства здравоохранения РФ обсуждается проект приказа «Об утверждении перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения взрослых и детей (кроме больных туберкулезом), подготовленного Минздравом России 06.04.2015 (далее Проект). Перечень противопоказаний связанных с психическими расстройствами в Проекте неоправданно расширен. Психические заболевания выделены отдельно впервые, ранее они могли подпадать под категорию «все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения», «все заболевания и состояния, требующие стационарного лечения». В перечне показаний к СКЛ для взрослых класс V МКБ-10 отсутствует полностью. Согласно ст. 5 действующего закона РФ № 3185-1 от 02.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», само по себе наличие психического заболевания не может быть препятствием для СКЛ, если оно необходимо пациенту по медицинским показаниям, необходимо учитывать текущее клиническое состояние. Но при заявлении своего права на получение путевки на СКЛ, в условиях слабого нормативно-правового регулирования по определению показаний и противопоказаний для направления в учреждения санаторного типа, больные с психическими расстройствами сталкиваются с ограничениями.

Согласно изменениям, внесенным в ФЗ от 17 июля 1999г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» предоставление путевки на СКЛ при наличии медицинских показаний осуществляется в целях профилактики основных заболеваний. Как указано в Письме Минздравсоцразвития РФ от 20 мая 2012 г. N 14-6/10/2-5307 «О разъяснении к изменениям, внесенным в ФЗ 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ», понятие «основное заболевание», с позиции медико-социальной экспертизы, исходит из смысла «инвалидизирующего» заболевания, т.е. заболевание, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость медико-социальной защиты. Именно профилактика основных заболеваний, а также последствия основных заболеваний, приведших к инвалидности, являются показанием для направления гражданина на СКЛ.

В соответствии с ФЗ от 24 ноября 1995г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» ограничение жизнедеятельности это полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Проведение СКЛ как профилактической меры (оздоровления), направленной на предупреждение возникновения обострения основного

заболевания, позволит улучшить общее состояние здоровья гражданина, признанного инвалидом, и приведет к предупреждению утяжеления его состояния. Таким образом, если у больного группа инвалидности, вследствие психического расстройства, на СКЛ по путевке предоставленной Фондом социального страхования он может ехать в санаторий для лечения инвалидизирующего заболевания, однако профильных курортов для больных с психическими расстройствами нет. Более того, даже если больной имеет группу инвалидности по соматическому заболеванию, то в случае утверждения Проекта в первой редакции, наличие у пациента психиатрического диагноза, например, шизофрении, не позволит ему получить СКЛ и по инвалидизирующему заболеванию. Несмотря на то, что его психическое состояние стабилизировалось, и не является помехой для СКЛ в настоящее время. Для реализации права на получение СКЛ, лицами, страдающими психическими расстройствами, необходимо совершенствование нормативно-правового регулирования данного вопроса, в частности, более корректное определение показаний и противопоказаний для его осуществления, а так же развитие санаторных учреждений соответствующего профиля. В качестве альтернативного варианта, может быть предложено право определения показаний и противопоказаний к СКЛ решением врачебной комиссии медицинской организаций, оказывающей специализированную помощь.

Литература:

1. Тихоненко В.А., Елфимов М.А. Другие немедикаментозные методы лечения больных с психическими расстройствами Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 1000с.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОЙ ГРУППОВОЙ МУЗЫКАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ.

Пономаренко В.Н.¹, Глазева М.А.²

¹ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2»

²ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия.

В работе психиатрических учреждений совершенствование помощи душевнобольным находит отражение, в том числе, все в более активном использовании разных видов психотерапии искусством, призванных повысить качество жизни больных, преодолеть их стигматизацию, усилить профессиональное взаимодействие специалистов (врачей, психологов, социальных работников), эффективно решать лечебно-реабилитационные задачи.

Пациентам отделения динамической психиатрии ГБУЗ ООКПБ №2, кроме медикаментозной терапии и индивидуальной работы с психотерапевтом, предоставлена возможность участия в различных психотерапевтических группах, с которыми проводятся песочная терапия, арт-терапия, танцевальная терапия, музыкотерапия. В данной статье мы опишем опыт проведения нами аналитической активной групповой музыкальной психотерапии на базе данного отделения.

Музыкальная терапия – это целенаправленное применение музыки или ее элементов в терапевтических целях. [2, с.18] Активная музыкотерапия представляет собой одну из форм невербальной психотерапии, при которой построение терапевтического процесса основано на использовании пациентами музыкальных инструментов в ходе индивидуального/группового занятия в виде исполнения музыкальных композиций, как правило, импровизационного характера, либо замены вербального компонента общения звуками музыкальных инструментов.

Теоретической базой аналитической музыкальной терапии выступает, главным образом, психодинамический подход. Лечебно-реабилитационные музыкотерапевтические воздействия основаны на биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, психологической концепции личности как системы отношений человека с окружающей средой, концепции творчества как особого вида деятельности, связанного с духовной сферой и механизмами адаптации.

Уникальность психотерапевтического потенциала музыкальной терапии в работе с психиатрическими пациентами состоит в том, что она позволяет найти доступ к довербальным уровням формирования человеческой личности, которые существенным образом задействованы в развитии психических заболеваний и расстройств. Музыкальную терапию отличает гуманный, здоровьесберегающий характер, поскольку она помогает решать задачи сохранения или восстановления духовного, интеллектуального, физического здоровья человека.

Музыкотерапия обращена прежде всего к внутреннему миру больного, свободе самовыражения; допускает гибкое сочетание директивности и недирективности, учитывая известные ограничения, обусловленные природой психических заболеваний.

В музыкальной аналитической терапии основополагающее значение имеет качество психотерапевтических отношений. Влияние музыки в процессе терапии рассматривается в аспекте актуальной жизненной ситуации и ее биографической подоплеки. «Музыка здесь органично включена в общий контекст ситуации. В связи с этим, ситуативная заданность не является чем-то привнесенным извне. Она вплетается в определенное, существующее изначально, и затем измененное состояние так же как игровое пространство вписывается в контекст судьбы. Она следует музыкальным закономерностям и свободе интуиции» [2, с. с.29]. При этом большее значение для действенности психотерапии имеет не объект (музыкальный инструмент, мелодия) или форма (метод) проведения занятий, а содержание переживаний, возникающих в ходе процесса, и взаимодействие участников. Поэтому успешность проведения занятий определяется возникновением сопереживания и сочувствия среди членов группы (в смысле «совместного чувствования»), активностью реализации и проработки имеющихся и непосредственно возникающих эмоциональных состояний.

Специалисты, проводящие музыкальную терапию в стационарных условиях, работают в команде врачей, психологов, среднего медицинского персонала. Ведущий группы должен обладать способностью к эмпатии, самораскрытию, быть терпеливым, искренним, могущим в любой момент описать свои эмоции. Важно озвучивать свои ощущения, свои эмоции: «я делаю все, чтобы пациент чувствовал себя непринужденно, как с обыкновенным человеком» [3]. Значимым является соответствие методов музыкальной терапии личности терапевта, его профессиональному дискурсу.

В работе с психотическими пациентами благотворно влияет на групповые процессы ведение группы парой терапевтов, чтобы пациентам было легче расщеплять терапевтов на «хороший» и «плохой» объект. [5] В этих случаях легче сознавать пациентам свои проекции на ведущих группы, а ведущим - свои контрпереносы. Работа в ко-терапии имеет преимущество еще и в том, что два специалиста, объединившись, имеют различные точки зрения, что «способствует зарождению большего числа интуитивных догадок, расширяет диапазон стратегий». [5]

Показания для участия пациента в групповой музыкотерапии основываются на:

- стабилизации (интермиссии) психического состояния пациента;
- мотивации пациента, его желании участвовать в данном виде психотерапии (музыкальной терапии);
- рекомендациях лечащего врача – психиатра для участия пациента в музыкотерапевтических занятиях, основанных на знании анамнеза, интересов, увлечений и предпочтений пациента, учета динамики его состояния.

Наличие музыкального слуха, умений игры на музыкальных инструментах не имеет принципиального значения при проведении занятий по музыкальной терапии. Наоборот, владение навыками игры на музыкальных инструментах может в определённых случаях, ситуациях давать возможность пациентам проигрывать заученную музыкальную композицию, маскирующую как внутренние переживания, так и психическое состояние.

Основными задачами групповой аналитической музыкальной психотерапии являются:

1. Эмоциональная активация, расширение и развитие эмоциональной сферы, нюансировка эмоциональной сферы.

2. Содействие развитию (или восстановлению) коммуникативных функций и навыков межличностного взаимодействия с акцентом на невербальные способы коммуникации.

3. Развитие творческого воображения и фантазии.

4. Развитие чувства коллективизма и сотрудничества.

5. Развитие аффективной регуляции.

6. Профилактика явлений внутрибольничного госпитализма,

7. Формирование критического отношения к болезни.

8. Осознание приводящих к заболеванию жизненных установок.

9. Предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации. [1;2;4]

На начальных этапах групповых занятий, как правило, решаются задачи, связанные с адаптацией к условиям стационара, эмоциональной стабилизацией, повышения мотивации больных к групповой музыкотерапевтической работе и т.п. Далее в процессе занятий приоритетными становятся задачи, связанные с проявлением и преодолением внутриличностного конфликта, коррекцией неадекватных эмоциональных, когнитивных и поведенческих стереотипов.

Задачи могут конкретизироваться, исходя из нозологических и личностных особенностей пациентов, их симптоматического статуса и изменяться в процессе групповой работы, в зависимости от динамики изменений у участников группы.

Механизмы, обуславливающие эти изменения у пациентов, связаны с действием факторов, определяющих характер лечебного воздействия:

1. Эмоциональная разрядка посредством проработки отрицательных и стимуляции положительных эмоций в ходе работы с музыкальными инструментами.

2. Получение новых средств и способов для адекватного выражения эмоциональной экспрессии.

3. Повышение социально-коммуникативной активности в процессе «звукового» (мелодического, ритмического) взаимодействия в группе.

4. Облегчение формирования новых отношений и установок.

В процессе музыкальной терапии пациент выражает посредством музыки внутренние конфликты, потребности и переживания. Музыкальные импровизации, отражающие, преимущественно, неосознаваемые чувства и потребности, помогают лучше вербализовать проблему, осознать и описать ее, а также изменить к ней отношение, что является основой для психологических изменений.

Противопоказания для участия в занятиях музыкальной терапии являются:

1. Острые психотические состояния (галлюцинаторные, параноидные, делириозные, бредовые состояния) с явлениями психомоторного возбуждения.

2. Биполярное аффективное расстройство (тяжёлые формы депрессии или маниакальные состояния).

3. Личностные расстройства (состояние декомпенсации).

4. Эпилепсия с частыми припадками.

5. Соматические состояния (инфекционные, острые респираторные заболевания, лихорадочное состояние (температура 38 и более) активный лёгочный туберкулёз, общее тяжёлое состояние пациента)

6. Выраженный дефект личности (рассматривается в индивидуальном порядке).

7. Гипертоническая болезнь (наличие частых кризов в анамнезе) рассматривается в индивидуальном порядке).

8. Нежелание пациента участвовать в данном виде терапии (рассматривается в индивидуальном порядке).

Основным содержанием аналитической музыкальной терапии является восприятие пациентом музыки и/или ее создание в виде музыкальных импровизаций с последующим обсуждением в ходе обратной связи от группы и терапевта. В процессе обсуждения участники группы делятся эмоциями, оно включает также анализ ассоциаций, интерпретации со стороны терапевта и участников группы.

Процессуально-технологические аспекты музыкотерапии отражены в структуре занятий и их пространственно-временных аспектах. Групповая музыкальная психотерапия в активной и рецептивной её формах на базе отделения динамической психиатрии ГБУЗ ООКПБ №2 проводилась регулярно, 1-2 раза в неделю, в установленные расписанием работы отделения дни, как правило, в первой половине дня, в специально оборудованном постоянном кабинете. Нами реализовывался динамический вариант музыкальной терапии, при котором предполагается более важная роль групповых отношений и вербальной обратной связи. Основопологающим в нашей работе являлся принцип личностно-ориентированного подхода – признание гуманитарной основы музыкотерапии, значимости личностных факторов процесса, и их приоритета над инструментальной составляющей, связанной с использованием техник лечебно-коррекционного воздействия.

Музыкотерапевтические занятия проводились в логике плана лечения, в зависимости от которого изменялась интенсивность интеракций в группе, директивность/недирективность позиции ведущего, направленность коммуникации (внутриличностная/межличностная), объем вербальной обратной связи и пр.

Сформированная на базе отделения группа, являлась открытой, гетерогенной, в силу особенностей стационарирования, поступления и выписки пациентов. Численность группы варьировалась от 6 до 15 человек. Группу посещали люди, преимущественно, с диагнозами «Шизофрения. Простая форма», «Шизофрения. Параноидная форма», «Псевдопсихотическая шизофрения». Основная проблема дезинтеграции личности таких пациентов в том, что опыт личности дефрагментируется, разрывается на отдельные кусочки и группа в какой-то мере служит таким местом интеграции различных частей между нормальным функционированием и психотическим [4]

В процессе музыкальной терапии мы заботились, в первую очередь, о создании безопасной среды, основанной на принятии и понимании, в которой стимулировали активность (вербальную и невербальную) участников группы, социальный интерес, поощряли спонтанность и экспериментирование с разными формами опыта. На групповых занятиях использовался интерактивный потенциал группы, как важное условие для проявления лечебных и развивающих эффектов – например, поощрялась обратная связь, поддержка пациентами друг друга, совместные музыкальные импровизации и пр.

На наших занятиях большой акцент делался на развитии и восстановлении коммуникативных функций и навыков межличностного взаимодействия, на проработку существующих переживаний, напрямую не связанных с отношениями в группе, но проецируемых на членов группы (т.е. на актуализацию прежнего эмоционально-коммуникативного опыта и музыкально-психодраматическую работу с ним); на развитие способности к коллективному конструктивному взаимодействию с достаточным уровнем креативности. Поэтому, не исключая фактор спонтанности, который, как правило, имеет место при достаточной зрелости группы, мы предлагали структурированную форму проведения занятия с возможными вариациями. На наш взгляд, это обеспечивало достаточный уровень активации участников и снижение уровня их тревожности, определяло степень активности психотерапевта и его ответственности за происходящие в группе процессы, устанавливало необходимый и достаточный уровень директивности.

В начале занятия происходила оценка актуального состояния участников группы, настроения, мотивации на работу, прояснение запросов. Используемые на этом этапе техники – «Как звучит мое настроение», «Что я сейчас чувствую», «Приветствие» и т.п. На начальных занятиях пациенты представляются, сообщают о причинах своего настоящего поступления в психиатрический стационар. Затем пациентам даётся обзор музыкальных инструментов, и все по очереди проигрывают приветствие на выбранных ими музыкальных инструментах. Впоследствии каждый исполняет музыкальную импровизацию, на тему своего настоящего состояния, с обязательной вербализацией. Могут проигрываться приветствие женщин – пациенток мужчинам и мужчин – пациентов – женщинам.

В ходе *основной части занятия* участникам предлагались различные виды деятельности, формы работы (индивидуальная, парная, групповая). В процессе музыкальной терапии возможно использование разных видов творческой активности – изобразительной деятельности, танца, сочинения историй.

Применялись упражнения и техники, активизирующие личностные (эмоционально-волевые, познавательные, коммуникативные) и групповые ресурсы, расширяющие диапазон коммуникативных и экспрессивных возможностей членов группы.

Примерные темы для музыкальных импровизаций на этом этапе – «Разговор», «Мир, в котором я живу», «Моя самая сильная сторона», «То, что мне нравится», «Мое будущее».

В процессе музыкотерапии могут быть использованы техники, применяемые в разных системах психотерапии, которые помогают оптимизировать процессы терапевтических изменений - на разных этапах занятия можно включать методы телесно-ориентированной психотерапии, арт-терапии, символдрамы, релаксацию, другие психотерапевтические приемы. Главное, чтобы они были релевантны методам музыкотерапии, задачам групповой работы.

Внутри группы основными темами обсуждения у участников были: агрессия по отношению к родным, близким, к медицинскому персоналу; недовольство госпитализацией, отношением родственников к ним, как к неполноценным членам семьи; критика медикаментозного лечения.

Основное внимание в процессе групповой работы мы фокусировали на человеке, выражающего себя посредством музыки, его уникальной жизненной истории и системе отношений, а также резонансе, который вызывают его действия у нас и других участников группы. Мы также влияли на групповую динамику, обращая пациентов либо на ранние формы опыта, либо на актуализацию и обогащение текущего социального опыта; направляли внимание участников на внутриличностные и внутригрупповые процессы.

В процессе занятий мы поощряли вербальное и невербальное (посредством музыкальных импровизаций) выражение пациентами чувств, объясняя при этом, что чувства – это естественные реакции, в частности, использовали технику эмоционального описания состояния, которое пациент в данный момент испытывает. [3;4] Посредством музыкальных импровизаций пациенты выражали различные содержания своего внутреннего мира, воспроизводили конфликты, прорабатывая их на невербальном уровне.

Дальнейшая вербализация позволяла участникам группы выразить различные аспекты отношений, установить причинно-следственные связи между событиями и явлениями своей жизни, лучше понять свои переживания, что способствовало изменению в установках и взглядах на себя и окружающий мир, интеграции различных аспектов опыта и было значимым для достижения терапевтических эффектов.

Несмотря на то, что акцент в групповой музыкальной терапии делался на свободном самовыражении пациентов, немаловажными были и терапевтические вмешательства, целью которых чаще всего были поддержка пациента (например, при сильном эмоциональном переживании), помощь в выражении и проработке травматического опыта (например, при упоминании о негативном опыте общения с врачом, пациенту

предлагалось это проиграть, а затем проанализировать изменение своего эмоционального состояния); информирование о возможных средствах совладания с травматической ситуацией (часто она касалась детского опыта, и связанными с ним обидами, страхами, чувством неполноценности. Пациенту в этом случае можно предложить представить себя – взрослого рядом с этим ребенком и сказать (проиграть) ему слова поддержки, любви). Интерпретация и обратная связь от ведущего была основана на учете клинических, психологических, социальных и физических особенностей пациентов.

В процессе групповой работы в зависимости от ситуации позиция ведущего изменялась в континуумах «директивность – недирективность», «открытость – закрытость», «поддержка – фрустрация».

На *заключительном этапе* происходило подведение итогов занятия, участники говорили о наиболее запомнившихся моментах взаимодействия; как правило, большинство отмечали улучшение настроения.

При существовании в течение длительного времени стабильного состава группы отмечалось формирование и прохождение основных фаз её развития в соответствии с понятием групповой динамики, отслеживалась реализация основных характеристик групповой динамики, таких как групповая сплоченность, проблема лидерства, напряжение, актуализация прежнего эмоционального опыта, формирование подгрупп.

Клинический пример из практики по активной аналитической групповой музыкальной психотерапии Пациент Н., 33 года. Диагноз: Простая Шизофрения. Болен 12 лет. Мать и сестра не работают и живут за счёт квартирантов и пенсии пациента. Пациент подрабатывает грузчиком. Пациент госпитализируется 5 раз в году. Когда его госпитализируют, его квартиру сдают квартирантам. После выписки начинает алкоголизироваться и у него возникают конфликты с родственниками (матерью и родной сестрой), и он вновь поступает в психиатрические стационары. *Динамическое наблюдение пациента. в процессе его участия в 8 сессиях аналитической активной групповой музыкальной психотерапии:* Пациент приходил на группу по музыкальной психотерапии сам, без приглашения на неё. На начальных занятиях по музыкальной психотерапии он занимал удобное для себя место (на диване или обособленно садился в углу) и активного участия в занятиях не принимал. Без предупреждения и объяснения мог покинуть группу. Примечательным было то, что он участвовал в группах, состоящих из одних женщин. С третьего занятия попросил у врача – психотерапевта, ведущего занятия по музыкальной психотерапии, разрешения «исследовать разные музыкальные инструменты». На 4-м занятии «играл сам с собой». Особым желанием у пациента было сыграть на фортепиано. Он сыграл, без объяснения своего желания и мотива. С 5-го занятия пациент стал делать попытки играть со всеми пациентами вместе, но больше играл изолированно, был концентрирован на своих чувствах и переживаниях. На 6-м занятии включился в общую игру группы с присоединением невербальных проявлений (взгляда на других пациентов, аффективной подстройки к общей музыкальной тематике). На 7 – 8 занятия приходил одним из первых, выбирал для себя инструмент, экспериментировал с его звучанием (что отражает появление нового видения разных перспектив и подходов к ситуациям и людям). На завершающем сеансе пациент находился между пациентками «сестрой» и «мамой» (по ассоциации и ощущениям, которые пациент озвучил в завершение прохождения цикла занятий по музыкальной психотерапии). Создавалось ощущение, что от занятия к занятию пациент постепенно шёл к нахождению общей музыкальной темы и подходов (подбирал разные инструменты по звучанию, садился на разные стулья (менял расстановку и дистанцию с «мамой» и «сестрой»). В итоге он сидел между ними и играл общую для них твоих тему. По завершении группы был создан круг, где все пациенты взяли за руки между собой и сказали «Спасибо!» Пациент улыбался, держа за руки «своих близких»: «сестру» и «маму». Таким образом, конфликт потерял свою актуальность.

За время посещения пациентом групп по музыкальной терапии он стал более доброжелателен - в отделении с пациентами, по отношению к родным (матери и сестре) во время их приездов к нему, что отмечали и они, и он после свиданий. Был выписан. *Катамнестически:* более в данный стационар пациент не поступал.

Процесс активной аналитической музыкальной психотерапии затрагивает разные уровни биопсихосоциальной организации личности пациента: биологический (влияние на сенсорные процессы, общее физическое состояние человека, соматическую сферу), психологический

(влияние на познавательную, эмоциональную, поведенческую сферы личности) и социокультурный (социальные установки, коммуникативные навыки, социальные отношения).

В процессе групповой музыкальной терапии пациенты не только прорабатывают проблемы и конфликты, но и получают возможность выразить себя, осуществить коммуникацию с другими участниками группы. При этом обращение к здоровым, сохранным сторонам психики, ресурсам самоисцеления, способствует процессу выздоровления.

На групповых музыкотерапевтических занятиях мы старались создавать условия для более полного проявления личности пациента, его патологических и здоровых сторон, реализации внутреннего саногенного потенциала; использовать механизмы, которые позволяют компенсировать биологически обусловленные ограничения психических функций.

Опыт проведения аналитической групповой музыкальной терапии, как составной части системы лечебно-реабилитационных мероприятий в отделении динамической психиатрии, позволяет говорить о некоторых эффектах ее применения в группе участников, которые проявляются вне зависимости от нозологического, возрастного, полового состава группы: повышение мотивации к взаимодействию со специалистами; развитие социального интереса, в том числе – к собственной жизни и своему состоянию, лучшее понимание своих потребностей и переживаний, улучшение эмоционального самочувствия, повышение активности и контактности больных вне группы.

Данные выводы сформулированы на основе нашего наблюдения за поведением участников группы, обратной связи от больных в процессе групповой работы, а также медицинского персонала. Подобный феноменологический подход в диагностике считается, в силу его выраженной субъектной окраски, несомненно важным, но мы признаем необходимость работы над доказательной базой лечебно-реабилитационных эффектов музыкальной терапии и считаем это перспективным направлением наших дальнейших исследований.

Литература.

1. Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского, С.Ледера. - М.: Медицина. 1990. – 384 с.

2. Декер-Фойгт Г.-Г., Оберэгельсбахер Д., Тиммерман Т. Музыкальная терапия: учебник. – Оренбург: Изд-во ГОУ ВПО «ОГИИ им. Л.и М.Ростроповичей», 2011. – 384 с

3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в психоаналитическом процессе. – М.: «Класс», 2001.- 480с.

4. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники. Восточно-Европейский институт психоанализа. – М., 2004. – 296 с.

5. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.- 576с.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА.

Пономаренко В.Н. Филиппов А.П. Якушев В.А.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»
Оренбург, Россия

На начальном этапе перед проведением психотерапии, проводилась работа с документацией. Изучались анамнестические сведения о пациенте, особенности взаимоотношений в семье, между родителями, с братьями, сёстрами, его становление как личности, вредные привычки, если таковые имелись, социальное (асоциальное) окружение, роль родителей в его воспитании, служба в армии, образование, которое он получил, работа (детские мечты о профессии), взаимоотношение в своей семье с мужем (женой), детьми, хобби и увлечения, причины и факторы, приведшие его к совершению общественно - опасного деяния.

Психологом проводилось предварительное тестирование пациентов на исследование их внутренней модели болезни (биосоциопсихологических возможностей), типа отношения к болезни, типа реагирования, наличие гетеро(ауто)агрессивных тенденций в

поведении, наличие сложностей в налаживании и построении коммуникативных связей и конструктивных взаимоотношений, способствующих оптимизации общения, учитывающиеся при проведении психотерапевтических мероприятий.

Особый акцент делался на оценке у пациентов реабилитационного потенциала личности через различные социальные аспекты: образование, ведущая трудовая деятельность, семья, хобби, а также выявление таких навыков и умений, например, как умение рисовать, играть на музыкальном инструменте, делать поделки и т.п., которые бы могли найти своё приложение в отделении, а впоследствии и дома.

В отделении принудительного лечения специализированного типа, в рамках полипрофессионального метода обслуживания пациентов, врачом – психотерапевтом совместно с психологом (ко – терапевтом), проводились как индивидуальные, так и групповые виды психотерапии, в невербальных и вербальных формах.

Рациональная, суппортивная (поддерживающая), с элементами личностно - реконструктивной, на которой в доступной для пациента форме была проведена разъяснительная работа о причинах ухудшения психического состояния, делались попытки «взломать» психологические защиты (замещение, психологизирование, избегание) связанные с совершёнными пациентами ООД. Проводилась работа по формированию у больных внутренней картины болезни. Приобретении пациентами нового опыта в разрешении трудных и конфликтных ситуаций в будущем, благодаря обмену опытом в разрешении данных ситуаций другими пациентами. Оказанию эмоциональной поддержке, сочувствия пациентам нуждающимся в этом. Акцент делался на приём медикаментозного поддерживающего лечения после выписки из стационара, амбулаторное наблюдение у врача – психиатра.

Изучение источника, а именно опыта Казанской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением свидетельствует о том, что «анализ наблюдений за работой в группе показывает, что чем раньше больные начинают посещать занятия, тем в меньшей степени проявляется у них отчуждённость и явления госпитализма». Но на наш взгляд, умалчивается ещё одно преимущество ранней психотерапевтической работы и не только групповой, но и индивидуальной, что чем раньше установлен лечебный союз «пациент – врач», тем реже больной привлекается на свою сторону асоциальными лидерами отделения.

В отделении с прошедшими индивидуальную психотерапию все пациенты были разбиты на группы по 6 -7 человек, с которыми проводились психотерапевтические мероприятия в групповых формах работы, с учётом пожеланий, умений и интересов.

Впоследствии проводилась группа проблемной дискуссии (групповая вербальная психотерапия). Основными темами при обсуждении были чаще всего режимные моменты в отделении, «жизнь на воле», увлечения и интересы. Поднимались вопросы в процессе дискуссий о причинах возникновения конфликтов и путях их конструктивного разрешения. Проблема своего заболевания, если касаться диагноза шизофрения, выставленная конкретным больным, поднимался только тогда, когда темой для обсуждения был деликт совершённый ими и данные пациенты ссылались на болезнь, и что они не могут быть преступниками, так как совершённое было проявлением их болезни причём, о болезни говорилось формально или как бы, между прочим, без попыток к углубленной проработки данного вопроса. Очень часто и согласованно между собой обсуждаются пациентами режимные моменты отделения, в сторону послабления режима и получения, благ (установки музыкального центра в отделении, ношение гражданской одежды, снятия решёток с внутренних рам в палатах, возможность иметь у себя сотовые телефоны (или один, общий для всех больных телефон у врачей) по которому можно звонить домой. Отрицание своей вины и психологические защиты «оберегали» пациента от клейма преступника и давали им возможность, быть и оставаться « нормальными людьми».

Позитивным моментом данной групповой работы является обмен позитивным или конструктивным опытом пациентами между собой в бытовых вопросах, частично в личностных. Пациент может, в какие-то моменты сказать о том, что наболело, эмоционально отреагировать свои внутренние переживания. В процессе психотерапевтических сеансов после проработке ряда «болезненных точек», идёт построение планов на будущее, сложностей (взаимодействие с родными и близкими, детьми, опекунами, место проживания), которые ожидают в будущем и пути их разрешения. Очень сильны и глубоки психологические защиты у больных спец.типа, которые требуют особых подходов. Нами было замечено, что чем более сохранней пациент, с диагнозом шизофрения, тем он более закрыт и осторожен, или даже не доступен к обсуждению совершённого им деликта. Очень ещё глубоко сидит страх «сказать, что - то лишнее, оговорить себя, сболтнуть, что не надо». Но, не смотря на это, самой сложной и закрытой оставалась и остаётся, на данный момент темы, связанные с формированием внутренней картины болезни и совершённым в прошлом ООД, нежеланием «копаться в прошлом». Если на начальных сеансах пациенты старались отмолчаться, и мы натолкнулись на нежелание многих, а со стороны некоторых пациентов и открытый протест обсуждению совершённых ими деликтов. Дальнейшей работе с данным контингентом были предприняты различные подходы, разобраться в причинах совершения пациентами ООД, где мы могли говорить об этих случаях как об исключениях, где были единичные обсуждения совершённых пациентами деяний и в исключительных случаях с подтверждением своей вины. В настоящее время, благодаря многолетнему, накопленному и наработанному нами опыту, мы можем говорить о некой динамике со стороны пациентов, которая проявляется в том, то впоследствии некоторые из пациентов стали более открытой, и доступней в своих переживаниях, размышлениях.

От обсуждения о совершённом ими ООД на индивидуальных занятиях, могли перейти к вербализации и на групповых занятиях совершённых ими деликтов и правонарушений, стали «вытягивать» для обсуждения других участников группы, делились опытом.

Данные психотерапевтические мероприятия были направлены на коррекцию асоциальной поведенческой установки пациентов и предотвращение после выписки из психиатрического стационара повторных рецидивов криминального поведения. Когнитивно – поведенческая психотерапия - направленная на отработку социальных навыков взаимоотношений, профилактику ООД после выписки из стационара. Выработку навыков конструктивного общения, разрешения конфликтов и адекватного стрессового отреагирования. В отделении один раз в неделю продолжительностью 60 минут проводилась групповая изо – терапия или «терапия рисованием». Где пациентам предлагалось выполнить терапевтический рисунок на темы настоящего, прошлого, будущего и после того как все закончат рисовать, возможна интерпретация и обсуждение их работ, ведущим, группой. Хотелось отметить, что многие пациенты отказывались просто посещать группы, не говоря о том, что бы им хотелось рисовать. Многие на первом занятии отказывались, мотивируя тем, что не умеют рисовать, что это «какой-то детский сад получается». Очень хорошо себя зарекомендовал метод «постепенного вовлечения», где с пациентами сначала шёл разговор «издалека» о первых рисунках, которые они увидели в своей жизни, нарисовал им кто-то из близких им людей или родных, друзей. Когда и где они сами попробовали нарисовать, и что это был за рисунок, с какой темой связан. Затем рассказывалось о том, как рисовали другие пациенты, которые здесь находились до них, какие им были предложены темы с наглядной демонстрацией этих рисунков.

Пациентом с отсутствием навыков к рисованию демонстрировались «раскраски» («замещающий рисунок»), где им предлагалось для начала раскрашивать рисунки, затем перерисовывать рисунки, (как вариант: где каждый из участников по кругу что – то рисует в контексте заданной или вольной темы, где «неумеющий» рисовать пациент

раскрашивает данный «групповой рисунок») с постепенным вовлечением в самостоятельный творческий процесс, где постепенно пациенты начинали рисовать сами, вовлекая или «заражая» своим творчеством других больных. Если изначально предлагались вольные темы, то с дальнейшим посещением сеансов выстраивалась определённая тематика «от прошлого к будущему». Были и особые, специфические для данного отделения темы, нарисованные по желанию пациентов анонимно: «Я и моя больничная палата», «Я и мои страхи», «Я и моё правонарушение». Отдельной темой было рисование пациентами под музыку, под разные мелодию или какую то определённую на выбор конкретного пациента, что вызвало положительный отклик у больных. Заметно возросла мотивация пациентов на участие в группах, на расширение репертуара тем и раскрываемость пациентов через терапевтический рисунок. Возросло количество желающих посещать эти группы. Появился «синдром ожидания», когда пациенты ждали конкретный день, что бы посетить данную группу. Мы не должны забывать, что основной контингент отделения составляют сохранённые пациенты. Как вариант совместной творческой групповой работы может быть собирание пазлов большой по формату репродукции (картины).

Положительным моментом (проективным рисунком) является то, что параллельно обсуждению на вербальных группах, идёт через терапевтический рисунок прорисовка планов на будущее, сложностей, которые могут возникнуть в будущем (конфликтные отношения, асоциальный образ жизни и дальнейшее общение с криминальным окружением, нерегулярный приём поддерживающего лечения, приводящие к повторному совершению ООД) и путей их решения. Хотелось бы обратить внимание в отдельных случаях, на не соответствие высказываний вне врачебного наблюдения и положительной динамикой в группах изотерапии. Имеющий место двойной стандарт, где больные хотят предстать в лучшем свете, диссимулировать состояние, предоставить врачу индифферентный материал («формальный рисунок») для того, чтобы избежать более глубокой проработки табуированной темы, что в принципе можно проследить в любой психотерапевтической группе. Данное наблюдение чаще всего может касаться лидеров, (стремящихся к лидерству) пациентов с асоциальной поведенческой установкой, и неустойчивым психическим состоянием.

Проводя такие группы и анализируя проективные рисунки с одной стороны, можно глубже понять проблемы пациента, выявить подавленные и скрытые переживания. С другой стороны, изотерапия расценивается как одна из особых форм отреагирования агрессивных и сексуальных импульсов. Интегрирует здоровые стороны личности, побуждает пациента к самостоятельному творчеству. Индивидуальное и групповое творчество способствуют выражению эмоциональных состояний тоски, депрессии, страха, гнева. Что уменьшает вероятность внешнего их проявления в социально нежелательной форме.

Милиотерапия (терапия средой) Основоположник данного направления был немецкий психиатр и психотерапевт, создатель оригинальной концепции динамической психиатрии и воплотивший свои идеи в созданной им в г. Мюнхене Клиники Динамической Психиатрии Менгершвайге. Имеется руководство Бернхарда Рихарца и Моники Дворжак «Терапия средой в психиатрии, психотерапии и реабилитации» переведённое на русский язык и вышедшее в 2000 г. под редакцией д.м.н. Бабина С.М. Смысл этого вида психотерапии состоит в том, что группа пациентов создаёт «с чистого листа» определяет и обсуждает реально применимый проект для последующего его воплощения. В рамках этого метода регулярно проходят обсуждения с участниками, что это будет за проект, каким образом он может быть реализован, о ходе проекта, сложностях, которые возникли в процессе его реализации, о роли каждого из пациентов в группе, его вкладе в осуществлении проекта. Диапазон возможных проектов довольно широк: от творческой самореализации через поделки, рисунки, написания стихов, рассказов собственного сочинения или описания событий имевших место в жизни

пациентов, до группового оформления стенгазеты и более масштабных оформительных и строительных работ.

Милиотерапия отличается от терапии занятостью тем, что она не сосредотачивается на возвращении пациентам навыков труда или простого вовлечения их в работу, а скорее полагается на самостоятельное, общее и личностное развитие пациентов, то есть способность самореализации с опорой на имеющиеся у пациента навыки. В нашем отделении были реализованы следующие миллиопроектны:

1. Создание «Уголков здоровья» в холле отделения для посетителей и на прогулочном дворике для пациентов.

2. Создание и оформление фотоальбомов «Жизнь и творчество пациентов нашего отделения».

3. Настенная живопись в холле отделения: «Ночной город Востока».

4. Озеленение и облагораживание внешнего вида отделения и прилегающей к нему территории.

5. Оформление стен газет, посвященных Дню защитника Отечества, Международного женскому дню, Дню Победы...

6. Создание стендов отделения: «Творчество глазами больных». «Этот день Победы». «Здоровый образ жизни». «Я и моя семья». «Мои планы на будущее».

7. Для родственников больных в комнате свиданий демонстрируются стенды: «Творчество глазами пациентов»: где представлены стихи собственного сочинения, рисунки, фотоматериалы пациентов, их участия в проведении праздничных мероприятий отделения.

8. Проведение персональных выставок картин и экспозиций «Я и мой мир в изобразительном искусстве». «Я и моя болезнь». «Человек в образах и смыслах». «Я и природа». «Моё будущее».

9. Создание и оформление фотогалерей – выставок отделения: «Я и сказочные герои», «Победители» - посвящённый Дню Победы.

В отделении периодически создаются и демонстрируются информационно-тематические стенды на темы здорового образа жизни.

В комнате свиданий, так же предоставляется информации для родственников в рамках отделенческого проекта «Модуль повышения семейной адаптивности и социального функционирования душевнобольных».

Специально создан стенд – поздравления пациентов с днём рождения, различными праздниками. Одним из общебольничных миллио-проектов, в которых наше отделение на протяжении последних лет принимает участие это журнал «Диалог». Свои творческие работы, стихи, прозу, описания жизненного опыта и преодоления болезни, собственные рисунки и иллюстрации к текстам для журнала передают пациенты нашего 8 отделения. Яркие и запоминающиеся события из жизни нашего отделения находят там свое отражение.

Музыкальная психотерапия - психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства.

В отделении активно используются 2 вида музыкальной психотерапии:

активная индивидуальная (в отдельных случаях групповая) и пассивная групповая психотерапия.

Активная музыкальная психотерапия (АМПТ). Представляет собой терапевтически направленную, игру на музыкальных инструментах, импровизацию или исполнение каких-то конкретных музыкальных произведений, где пациент делится своими ассоциациями и воспоминаниями, связанными с исполнением конкретного музыкального отрывка или произведения в целом.

В отделении с пациентами умеющими играть и желающими научиться игре на музыкальных инструментах проводятся сеансы АМПТ. Хочется отметить, что пациенты с

удовольствием посещают занятия музыкотерапии, как в активной, так и в пассивной её формах.

На занятиях, через игру больные отражают своё внутреннее состояние, делятся воспоминаниями, связанными с тем или иным исполняемым музыкальным произведением, своими ассоциациями.

Хотелось бы отметить с психоаналитической точки зрения, имеющиеся место быть примеры отношений по типу «переноса» «отец – сын», когда старший по возрасту пациент «годящийся в отцы» обучает, опекает и наставляет более молодых пациентов в положительном понимании этого слова (пр. обучение игры на гитаре, обучение навыкам письма и счёта, рисованию). Идёт формирование навыков и способов общения, конструктивного межличностного взаимодействия на основе доверительного отношения к окружающим, с постепенным расширением контактов внутри отделения.

Пассивная (рецептивная) музыкальная психотерапия (ПМПТ).

В нашем отделении проводится ПМПТ в коммуникативной и регулятивной формах. Имеется фонотека, специально подобранная по различным музыкальным направлениям (классическая музыка, рок, иностранная и российская эстрада, шансон..) и жанрам.

Занятия по музыкотерапии проводится 1 раз в неделю, продолжительностью 45 – 60 минут. Пациенты в группе прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, мысли, ассоциации, фантазии (часто проективного характера) возникающие у них в ходе прослушивания. Прослушивание музыки, направленное на поддержание взаимных контактов взаимопонимания и доверия, на достижение эмоционального отреагирования, способствующее снижению нервно-психического напряжения, оптимизации общения.

На первом занятии прослушиваются, как правило, три произведения или более менее законченных отрывка, каждый по 10 – 15 минут.

1е – музыкальное произведение спокойное, отличающее расслабляющим действием.

2е – музыкальное произведение динамичное, драматическое, напряжённое, несёт основную нагрузку. Его функция заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний и ассоциаций проективного характера и собственной жизни пациента. После его прослушивания в группе уделяется значительно больше времени для обсуждения переживаний, мыслей и ассоциаций, возникающих у пациента.

3е – музыкальное произведение должно снять напряжение, создать атмосферу покоя. Оно может быть спокойным, релаксирующим, либо энергичным, дающим заряд бодрости, оптимизма и энергии.

В процессе групповой психотерапии активность может стимулироваться с помощью различных заданий: понять, у кого из пациентов эмоциональное состояние в большей степени соответствует данному музыкальному произведению; из имеющейся фонотеки подобрать собственный «музыкальный портрет» т.е. произведение, отражающее эмоциональное состояние кого – либо из членов группы.

Целью таких занятий является отреагирование своего внутреннего состояния (скрытых эмоций) через прослушивание музыки, направленное на поддержания взаимных контактов, взаимопонимания и доверия.

Так же рецептивная музыкальная психотерапия в нашем отделении идёт в сочетании с изо – терапией (интегративный вариант) и в «музыкальном сопровождении» при написании писем пациентами.

Видеорелаксационная ландшафтотерапия: где пациентам подбираются специальные видеопрограммы с демонстрацией ландшафтов природы, видеообзоров морей, океанов, космоса, сопровождаемых спокойной, релаксационно – расслабляющей музыкой.

Как вариант, к данным видеопрограммам могут подбираться музыкальные произведения, с учётом пожеланий пациента (пр. К выбранной пациентом видеопрограмме, связанной с демонстрацией морских пейзажей, включаются

музыкальные произведения Л.Утёсова. М.Бернеса.Л.Лещенко...(данная методика хорошо себя зарекомендовала с геронтологическими пациентами).

Цель данных программ – стабилизация настроения, эмоциональное и вербальное отреагирование своего состояния («скрытых и значимых» переживаний), обучение навыкам саморегуляции пациентов, повышения настроения и уверенности в свои реальные возможности.

В отделении проводится «Кинотерапия». Это просмотр и обсуждение с пациентами фильмов, способствующий расширению кругозора пациентов, эмоциональному отреагированию, через сопереживание «героев» кинокартин, вербализации своих переживаний и размышлений.

В отделении имеется видеотека порядка 1500 кинокартин. Это фильмы иностранные и классика Российского кинематографа: фильмы А. Гайдая, Эльдара Рязанова, Гр. Александра Н. Михалкова, А.Рогожина, кинокомедии, приключенческие фильмы, музыкальные клипы, которые пациенты смотрят с последующим обсуждением понравившегося фильма или какого либо «тронувшего за живое» фрагмента их кинофильма, воспоминаний из жизни, похожих событий, которые произошли в жизни больного от «серьёзного до курьёзного».

Исключаются фильмы ужасов, боевики, эротические, то есть те фильмы, которые способны вызвать чувство агрессии и насилия, склонность к сексуальным эксцессам.

Пациенты регулярно смотрят телепрограммы, новости, сериалы, способствующие информированности о событиях в мире.

Терапия творческим самовыражением.(Терапия праздниками) (методические указания: «Психосоциальные мероприятия и предложения» разработанные и предложенные к.м.н. Бабиным С.М. от 23.03.06).

В нашем отделении, совместно с медицинской сестрой по реабилитационной работе и социальным работником, для пациентов и медицинского персонала, периодически проводятся праздничные мероприятия, посвящённые Дню Защитника Отечества. Международного Женскому Дню. Дню Победы. Празднику посвящённому «Золотой осени».

Составляется сценарий, подбираются пациенты, им раздаются задания. Активно привлекаются пациенты умеющие играть на музыкальных инструментах, а так же с «творческим началом», с потенциалом раскрыться и реализовать себя через творчество. Поэтому в рамках праздников ставятся небольшие пьески, где участникам раздаются роли и идут ежедневные репетиции. По нашим наблюдениям начинать репетиции желательно за 2 месяца до проведения запланированного мероприятия. Особо хочется отметить, что на определённом этапе, пациентам даётся «творческая свобода», чтобы реализация процесса шла в рамках поставленная перед участниками конкретной цели, но без внешних и особенно директивных ограничений творческого процесса. Костюмы, внешний антураж, декораций, сцену, желательно, чтобы пациентами изготавливался по возможности самостоятельно с целью законченности творческого процесса и выработки ответственности и групповой сплоченности. В отделении были проведены спектакли: «Моё драгоценное здоровье». И сценка из произведения М.А.Булгакова «Собачье сердце».

Для больных собран гардероб для проведения праздничных мероприятий и постановки театральных сенок. В отделении имеется спортивный зал с тренажёрами, стол для настольного тенниса, где проводятся шахматные, шашечные турниры, соревнования по настольному теннису, «спортивному многоборью»..

Библиотерапия или либриотерапия («терапия книгой»). Творческое общение с литературой - чтение книг пациентами из библиотеки отделения с последующим обсуждением. В отделении собрана большая библиотека (порядка 1000книг), которая классифицирована и расставлена по жанрам («приключение», «фантастика», «детектив», «любовный роман»...). Ведётся медицинской сестрой по реабилитационной работе журнал по библиотерапии с регистрацией выдаваемой и возвращаемой литературы, за

подписью каждого пациента. Один раз в неделю в пятницу, специально перед выходными («дисциплинарно – организующая мера») происходит обмен прочитанной литературы, где пациенты могут обмениваться мнениями о прочитанном между собой, меняться книгами или рекомендовать другим пациентам, например, впервые обратившемся в библиотеку, какие книги они бы порекомендовали прочесть. Идёт обмен не только информацией, и налаживание общения между собой. Иногда и книга и фильм имеются у нас в наличии, где пациенты после прочтения понравившейся книги просят посмотреть фильм.

Пациентами осуществляется реставрация и ремонт книг из библиотеки отделения. В отделении проводятся выставки новых книг, презентация их и обсуждение уже прочитанной литературы. А так же тематические выставки, например, посвящённые Великой Отечественной войне, истории нашего Оренбургского края...

Семейная психотерапия способствует выявлению «семейной обстановки» до совершения пациентом ООД, модели построения отношений с родственниками («через комнаты свиданий»), планы родных и самого пациента, их реализация, после его выписки.

Помимо психотерапевтических в отделении осуществляется комплекс психосоциальных мероприятий.

Психообразовательные мероприятия, являясь одним из видов групповых методов работы и относится к так называемому обучающему типу, при котором занятия строятся по принципу тематического семинара. Его в отделении проводит медицинская сестра, специально подготовленная и прошедшую специализацию по реабилитационной работе. Занятие проводится один раз в неделю продолжительностью один час. Количество участников 6 – 7 человек.

Пациентам в доступной форме предоставляется информация, помогающая лучше понимать характер и особенности психического заболевания и то, как она влияет на больного и членов его семьи. Способствует распознаванию внешних стрессоров, которые могут запустить обострение болезни. Особый акцент делается на необходимость приёма поддерживающего медикаментозного лечения и посещение участкового психиатра.

Более того медицинская сестра участвует в группах вербальной дискуссии и изо - терапии как ко – терапевт. Проводя некоторые группы изо – терапии самостоятельно, на которые пациенты ходят с большим желанием и интересом, «синдромом ожидания», следующего занятия. Ей ведутся журналы по реабилитации пациентов, проведению групповой вербальной и изо – терапии, с описанием после каждой группы особенностей поведения, высказываний, групповой динамики группы.

Проводилась работа по обучению некоторых пациентов алфавиту, чтению и письму.

Хотелось привести пример с пациентом М, который стал посещать психообразовательную группу. Этот пациент практически не с кем не вступал в контакт, демонстративно отворачивался при обращении к нему. На начальных сеансах был молчалив, замкнут, сидел, опустив голову. Начиная с 2го сеанса стал отвечать на поставленные вопросы. С 3го сеанса стал сам задавать вопросы, высказал желание играть на баяне после окончания группы и посещать сеансы изо – терапии. На сеансах изо – терапии охотно, с желанием включился в творческий процесс, рисунки отличались мелкой и скрупулезной прорисовкой деталей, причём заканчивал терапевтический рисунок позже других пациентов. Стал разговаривать с участниками группы, улыбаться. Не пропускал не одного сеанса, с интересом ждал очередное занятие. В отделении с пациентами и медицинским персоналом стал более уверенным в себя, открытым и доброжелательным в общении.

За время проведение психообразовательных групп, отмечается возрастание интереса пациентов к предоставленной им информации, они чаще начинают задавать вопросы, становятся открытей в своих переживаниях. Иногда бывает, что один из пациентов в начале цикла (на 1 - 3 занятии из 10 занятий) а, либо отказывается принимать обсуждаемые на группе тем, связанные с описанием проявлений болезни, информации о

лечения пр. «Я больным себя не считаю, и всё что вы мне рассказали мне не интересно, просто время провождение», либо воспринимает критически, даже с долей вербальной агрессии «Вас самих надо уколами такими поколоть и таблетки заставить пить, посмотрим, что с вами станет». Но, не смотря на это, идёт «ломка» стереотипа и постепенное вовлечение пациентов в психосоциальную реабилитацию, где пациенты постепенно открываются, делятся своими переживаниями, страхами, надеждами и планами на будущее.

Комплаенс – терапия подразумевает соблюдение пациентом рекомендаций и принципов приёма медикаментозного лечения назначенные врачом - психиатром, образа жизни – способствующая стойкой ремиссии заболевания.

Групповые занятия по модулю адаптации проводят социальные работники, один раз в неделю, продолжительностью один час. Количество участников 6 -8 человек.

На которых в простом и понятном для пациентов языке рассказывается о навыках самообслуживания: использованию бытовых навыков независимого проживания, личной гигиены, глажение, стирки одежды, уборки помещений, приготовление пищи.

Групповая форма занятий способствует усвоению и закреплению навыков общения, уверенного поведения, разрешения сложных бытовых и межличностных ситуаций («так как длительное пребывание в стационаре приводит к развитию госпитализма как результат социальной депривации, его проявления созвучны дефицитным расстройствам и усиливают социальную дезадаптацию» И.Я.Гурович 2004; Кискер К.П.1999г.) создающих условия способствующие пациенту социально адаптироваться, «приспособиться» к реальным условиям после выписки из стационара.

Выводы. В результате проведения с больными психотерапевтических мероприятий:

1. Пациенты стали, открытей в своих переживаниях, размышлениях. Начали преобладать высказывания об улучшении эмоционального состояния: «После вашего сеанса улучшилось настроение». «После беседы со мной, я стал более спокоен и уверен в своих планах на будущее». «После посещения вашей группового занятия, я начал думать о своих планах и их осуществления, после выписки из больницы».

2. Стали уверенней в себя и свои реальные возможности. Произошла творческая реализация навыков пациентов, при проведении досуговых и праздничных мероприятий в отделении: «Я умею играть на гитаре и петь. Могу исполнить в концертных номерах мои песни». «Знаю стихотворения, могу выступить на ваших концертах», «Хорошо рисую, поэтому могу оформить плакаты к празднику»

3. Появилось «ощущение нужности и востребованности», направленной у пациентов на социальную адаптацию к реальным жизненным условиям, после выписки из психиатрического стационара («подстройка к будущему»): «После выписки хочу вернуться в семью к жене и детям». «У меня пожилая мать, буду помогать ей в домашних делах». «Буду помогать своей сестре и её семье». «Буду помогать своей семье, детям, родителям».

4. Стали более аккуратными во внешнем виде, одежде.

5. Повысилась мотивация к продуктивной деятельности и стремление пациентов к общению, «терапия средой»: посещение различных психотерапевтических групп, участие в трудовых процессах отделения, чтение книг в библиотеке отделения, участие внутри и вне отделенческих спортивных турнирах по шахматам, шашкам, настольному теннису.

6. Улучшились коммуникативные способности (стали более доброжелательными друг к другу и медицинскому персоналу, резко снизилось количество конфликтов и нарушений режима отделения).

7. Появилась способность к критической оценке асоциального характера своего поведения в прошлом: «То, что я сделал, случилось потому, что я был пьяный». «После выписки закодируюсь». «Сожалею о случившемся». «Я перестал пить лекарства, а стал пить водку, самогон и всё это привело к совершённом мной преступлению».

8. Появилась возможность проведения психотерапевтических мероприятий, направленных на коррекцию асоциальных поведенческих установок и работа с «психологическими защитами» пациентов. Профилактика повторных рецидивов криминального поведения, после их выписки из психиатрического стационара.

Литература:

1. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Руководство для врачей под редакцией проф. В.П. Котова М.Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им В.П. Сербского 2001.

2. Пономаренко В.Н. Опыт применения танцевальной терапии в условиях психиатрического стационара. Региональная научно-практическая конференция молодых учёных и специалистов. «Клиническая медицина, экология и охрана окружающей среды, общественное здоровье и организация здравоохранения, микробиология». Сборник материалов. Оренбург, 2003.- С.55-58.

3. Пономаренко В.Н., Горчева О.С. Опыт применения танцевальной терапии в условиях отделения динамической психиатрии (психотерапии). Материалы 2 Всероссийского совещания проректоров и заведующих кафедрами образовательных учреждений Высшего и дополнительного профессионального образования Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Оренбург 2005.-С.303-306.

4. Пономаренко В.Н. Структурные элементы музыки. Сборник научных трудов «Актуальные проблемы истории, теории и методики современного музыкального искусства и художественного образования». Выпуск 7. Оренбург 2010. - С. 537 – 539.

5. Филиппов А.П., Зуев А.Ю., Авдеева М.Ю. Особенности психотерапии душевнобольных, страдающих туберкулезом. Материалы конференции Ассоциации фтизиатров и пульмонологов Оренбургской области 30 октября 2013 года. № 2, 2013. - С. 21-27.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 6-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ПРОЦЕДУРА РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Потокина А.М.², Антохин Е.Ю.^{1,2}, Чичерин М.С.¹

¹ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

Оренбург, Россия

Согласно федеральному закону Российской Федерации от 29 декабря 2012 года N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" обеспечиваются права каждого человека на получение образования, недопустимость дискриминации в сфере образования [5]. А также «предоставление условий для обучения детей с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья...»[5]. В связи с этим, во всех городских детских поликлиниках было отменено обязательное прохождение детей в возрасте 6-7 лет медико-педагогической комиссии. В результате прекратилось выявление и отслеживание детей, которые, в силу разных обстоятельств, имеют запаздывание отдельных психических процессов и нуждающиеся в своевременной коррекции. Данные дети отчасти выявятся лишь при общении с психологом после прохождения подготовительных классов перед школой. Следует отметить, что данную процедуру проводит психолог-педагог, который в силу своего образования, упускает из вида наличие неврозоподобных проявлений [1; 2]. Также самое касается и индивидуальных особенностей детей, которые теряются на фоне группового выполнения диагностического материала. Не стоит забывать и о том, что не все родители, в силу экономической ситуаций, могут позволить посещение подготовительных классов или развивающих центров [3; 4]. К счастью, среди родителей сохраняется тенденция отдавать ребенка в школу ближе к 7-летнему возрасту. На наш взгляд, обследование психического развития детей 6-летнего возраста позволит

своевременно выявлять и корректировать запаздывания психических процессов, а также проследить наличие невротоподобных проявлений. Данный осмотр позволит предоставить родителям особенности развития ребенка и способствовать более эффективной и целенаправленной психолого-педагогической работе, как в дошкольном учреждении, так и в семье.

Целью нашего исследования явилось изучение протекания уровня познавательных способностей и уровня психомоторного развития у детей 6-летнего возраста.

Объект исследования: дети в возрасте 6-6,5 лет, которые посещают ДДУ.

Предмет исследования: уровень психомоторного развития и уровень познавательной деятельности.

Исследование проводилось на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения «Государственная клиническая больница имени Н.И.Пирогова» города Оренбурга (ГАУЗ «ГКБ им. Н.И.Пирогова» г. Оренбурга). С целью своевременной диагностики уровня психомоторного развития и уровня познавательных способностей с последующим предоставлением рекомендаций с января по июнь 2015 года клиническим психологом проводился плановый осмотр детей в возрасте 6 лет. По данному направлению было обследовано 50 детей в возрасте 6 лет. Обследование проводилось в несколько этапов, в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, по 20-30 минут. Для выявления уровня психомоторного развития использовался тест Керна-Йерасика, состоящий из трех заданий: рисование по представлению, графическое перерисовывание написанной фразы и изображенных фигур. Для исследования уровня познавательной сферы были использованы методики, выявляющие различные аспекты познавательного развития дошкольника: ориентировку в окружающем, выделение существенных признаков, наглядно-образное мышление и установление последовательности событий. Помимо вышеперечисленного использовался метод наблюдения. Результаты: у 6-летних детей преобладает уровень психомоторного развития «зреющего» характера (54%), 20% - ниже среднего, 14% - незрелый. Лишь у 12% детей диагностируется зрелый уровень психомоторного развития. Незрелость эмоционально-личностной сферы обнаружилась у 20% детей. В интеллектуально-волевой сфере – у 62% детей познавательная деятельность находится в пределах возрастной нормы, 18% имеют незначительное снижение от возрастной нормы и у 20% диагностируется отставание от возрастной нормы. Логопедические нарушения выявлены у 26 % детей; проявление навязчивых движений – у 40 % детей и невротического проявления страха – у 24%.

При изучении амбулаторной карты у 6% детей выявлено наличие заполненного диагностического материала теста Керна-Йерасика на дому. Из беседы с родителями выяснилось, что большинство из них скрывают наличие у ребенка навязчивых движений (у 10% из 40% выявленных).

Таким образом, выявлен достаточно высокий показатель детей (20%), имеющие низкий уровень развития мелкой моторики, слабую дифференцированность эмоциональной сферы и низкий уровень познавательных способностей. Также мы получили карту индивидуального развития каждого ребенка, что позволило своевременно зафиксировать пробелы и недостатки в формировании этих функций. Результаты диагностики позволили составить коррекционно-развивающие рекомендации для родителей. Следует отметить, что данный осмотр позволяет выявить детей с невротоподобной симптоматикой, которые нуждаются в дополнительной консультации у детского психотерапевта. Полученные данные свидетельствуют о желательном введении обследования психического развития 6 – летних детей клиническим психологом в системе детской поликлинической службы.

Литература:

1. Л.П.Великанова. Стратегия и организационно-методические подходы к профилактике психогенных (невротических и психосоматических) расстройств. Научно-

практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин «Вопросы психического здоровья детей и подростков» №2 (13), С.46, 2013.

2. Н.М.Иовчук. Современные проблемы диагностики в детской психиатрии. Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин «Вопросы психического здоровья детей и подростков» №2 (13), С.30, 2013.

3. В.С.Собкин, К.Н.Скобельница, А.И.Иванова. Социология дошкольного детства: особенности организации жизненной среды ребенка. Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин «Вопросы психического здоровья детей и подростков» №2 (13), С.79, 2013.

4. Ю.С.Шевченко, Ф.А.Романова. К проблеме готовности ребенка к школьному обучению. Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин «Вопросы психического здоровья детей и подростков» №2 (3), С.71, 2003.

5. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 года N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Прибытков А.А.¹, Барыльник Ю.Б.², Антохин Е.Ю.³, Юркова И.О.¹, Емцов К.Г.⁴,
Деева М.А.², Якушина А.М.⁵

¹ ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» МЗ РФ
Пенза, Россия;

² ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И.
Разумовского» МЗ РФ
Саратов, Россия;

³ ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия;

⁴ ГБУЗ СО «Тольяттинский психоневрологический диспансер»
Тольятти, Россия;

⁵ ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»
Оренбург, Россия

Несмотря на значительное количество больных, страдающих соматоформными расстройствами (СФР), подходы к терапии данной патологии разработаны недостаточно. Отсутствие клинических рекомендаций, основанных на качественных исследованиях, может приводить к полипрагмазии, использованию недостаточно эффективных и потенциально опасных терапевтических подходов [2].

Цель: изучить особенности терапии СФР в условиях специализированных стационаров и соответствие лечения научным данным.

Материалы и методы. Проанализировано 216 историй болезни пациентов, страдающих СФР. Больные проходили лечение в психиатрических учреждениях городов Пенза, Саратов, Оренбург, Тольятти в период с 2010 по 2014гг. Анализировались препараты (с учетом доз), которые пациенты получали за период нахождения на стационарном лечении, и психотерапевтические вмешательства.

Результаты и обсуждение. Антидепрессанты использовались в лечении 179 пациентов (82,9 % выборки), в 16,8 % случаев одновременно были назначены два антидепрессанта. Наиболее часто применялись: флувоксамин (14,4 % больных СФР, средняя доза $96,8 \pm 39,7$ мг/сут), amitриптилин (10,6 %, $37,3 \pm 26$ мг/сут), мапротилин (10,6 %, $38,4 \pm 14,3$ мг/сут), сертралин (10,2 %, $95,5 \pm 22,7$ мг/сут), пароксетин (9,7 %, $22,4 \pm 6,2$ мг/сут). Широкое назначение антидепрессантов целесообразно, так как эффективность данного класса препаратов в терапии СФР подтверждена в наибольшей степени [1]. С учетом низкого уровня побочных эффектов представляется более

обоснованным использование ингибиторов обратного захвата серотонина по сравнению с амитриптилином и мапротилином. К выявленным недостаткам терапии следует отнести частое назначение двух антидепрессантов одновременно.

Антипсихотики были назначены 154 пациентам (71,3 % выборки), из них 54 больных (35,1 %) одновременно получали два антипсихотических препарата. Наиболее часто применялись: алимемазин (31 % больных СФР, средняя доза $9,2 \pm 4,4$ мг/сут), сульпирид (30,6 %, $199,2 \pm 93$ мг/сут), тиоприд (11,6 %, $106 \pm 82,1$ мг/сут), тиоридазин (9,3 %, $30,5 \pm 20,1$ мг/сут). Данные исследований эффективности антипсихотиков при СФР рассматриваются как предварительные в связи с чем широкое назначение данной группы препаратов (в том числе одновременное назначение двух антипсихотиков) представляется необоснованным.

Анксиолитики применялись в терапии 155 больных СФР (71,8 % выборки). Из них 31 пациент (20 %) одновременно получали два препарата данной группы. Наиболее часто назначались: бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (47,2 % больных СФР, средняя доза $1,2 \pm 0,5$ мг/сут), диазепам (17,1 %, $9,9 \pm 2,5$ мг/сут), гидроксизин (6 %, $51,9 \pm 33,8$ мг/сут). Эффективность анксиолитиков в терапии соматоформных расстройств в настоящее время не установлена. Широкое использование анксиолитиков, вероятно, объясняется частым наличием сопутствующих тревожных и диссомнических расстройств у больных СФР. Кроме того, отставленный во времени клинический эффект антидепрессантов может способствовать дополнительному назначению препаратов из группы анксиолитиков.

Ноотропные препараты были назначены 91 пациенту (42,1 % выборки). Из них 37,4 % пациентов одновременно получали два препарата, 7,7 % – три препарата из группы ноотропов. Наиболее часто назначались: никотиноил гамма-аминомасляная кислота (25 % больных СФР, средняя доза $113,7 \pm 24,2$ мг/сут), этилметилгидроксипиридина сукцинат (11,6 %, $322 \pm 173,3$ мг/сут), гопантевая кислота (7,4 %, $921,9 \pm 373,3$ мг/сут). Для данной группы лекарств отмечено наиболее частое одновременное назначение нескольких препаратов одного класса. Эффективность ноотропных препаратов при соматоформных расстройствах не изучалась, данная группа лекарственных средств не может быть рекомендована для терапии СФР.

Терапию антиконвульсантами получали 20 пациентов (9,3 % анализируемой выборки). Преимущественно назначались: карбамазепин (4,6 % больных СФР, средняя доза $300 \pm 94,3$ мг/сут), прегабалин (2,8 %, $145,8 \pm 87,2$ мг/сут). Эффективность карбамазепина при СФР не установлена. Прегабалин продемонстрировал высокую эффективность при функциональных болевых синдромах, существуют предварительные данные о возможности применения при синдроме раздраженной толстой кишки и СФР. Следовательно, возможно применение прегабалина у больных СФР (особенно при доминировании болевых симптомов), эффективность других антиконвульсантов нуждается в дальнейшем изучении.

Терапию витаминами (эффективность неизвестна) получал 81 пациент (37,5 % наблюдений). Соматические препараты (бета-адреноблокаторы, гипогликемические средства, гипотензивные препараты) получали 8,3 % пациентов, включенных в исследование.

В исследуемой группе монотерапия имела место в 5,1 % наблюдений, два препарата получали 14,4 % пациентов, три – 25,9 %, четыре – 29,2 %, пять – 15,7 %, шесть и более – 9,7 %. Максимальное количество препаратов, назначенных одному пациенту одновременно – 8.

Психотерапевтические стратегии применялось в лечении 148 пациентов (68,5 % выборки). Использовались когнитивно-поведенческая терапия, гипнотерапия и другие методы. Изучение психотерапевтических стратегий (в первую очередь когнитивно-поведенческого подхода) выявило их эффективность в терапии соматоформных расстройств, что позволило рекомендовать психотерапию для лечения пациентов, страдающих соматоформными расстройствами [1, 3]. В данном исследовании

установлено, что применение психотерапии в системе помощи больным СФР может быть затруднено в силу ряда организационных особенностей: ограниченное число специалистов, относительно высокая стоимость психотерапевтических вмешательств, негативное отношение пациентов к данному методу.

Заключение. В настоящем исследовании установлено широкое использование антидепрессантов – группы препаратов, в наибольшей степени подтвердившей эффективность в отношении коррекции СФР. В то же время, нередко назначаются препараты, эффективность которых при СФР не установлена (ноотропы, витамины) или лекарственные средства (антипсихотики), для которых имеются только предварительные данные о возможности применения в лечении больных СФР. К негативным тенденциям следует отнести полипрагмазию (три и более психофармакологических препарата получали 80,5 % пациентов). В лечении больных СФР применяются психотерапевтические стратегии, однако, в ряде случаев использование психотерапии затруднено в силу организационных сложностей.

Литература:

1. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med.* 2007; 69 (9): 881–888.
2. Mundt A, Ströhle A, Heimann H. Pharmacoepidemiology of patients hospitalized for somatoform disorders in psychiatric hospitals and departments // *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010; 19 (7): 687-693.
3. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults // *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 11: CD011142.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ГАМК-ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Радионон Д.С.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ
Москва, Россия

Актуальность: ГАМК-ергическая и глутаматергическая сигнальные системы составляют единую нейромедиаторную систему в головном мозге, которая выступает мишенью для действия различных психоактивных веществ (ПАВ). С момента начала изучения особенностей протекания биохимических и молекулярных процессов при аддиктивных состояниях было проведено большое количество исследований и издано множество научных работ, посвященных данному вопросу. Анализ и обобщение результатов этих публикаций имеет важное значение для оценки значения этих систем в патогенезе аддиктивных состояний.

Цель исследования: рассмотрение роли ГАМК- и глутаматергической систем мозга и особенностей их взаимодействия с другими нейротрансмиттерными системами в патогенезе аддиктивных состояний.

Материалы и методы: для ретроспективного анализа нейрхимических, молекулярных и клинических исследований роли ГАМК-глутаматергической системы в патогенезе аддиктивных состояний использовали публикации в медицинских изданиях и базах данных в сети интернет за период с 1970 - 2014.

Результаты и обсуждение: при изучении роли глутаматергической системы мозга в патогенезе аддиктивных состояний в составе NMDA-ионотропных глутаматных рецепторов был определен сайт связывания динорфинов – пептидов, с нарушением обмена которых связывают некоторые психопатологические реакции у наркоманов (Беспалов А.Ю., Звартау Э.Э., 2000; В.Д. Менделевич, 2012). Выявлено, что ионофор NMDA-рецепторов также содержит участки связывания таких ПАВ, как фенциклидин,

кетамин, мемантин (Dingledine R., Borges K., et al., 1999; McBain C.J., Mayer M.L., 1994). Показано, что фенциклидин, кетамин, ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты) влияют на NMDA-рецепторы, которые локализируются в структурах дофаминовой и серотониновой систем мозга. В ходе экспериментальной работы выяснилось, что амфетамин и его аналоги ингибируют активность NMDA-рецепторов (Yeh G.C., et al., 1997). Также доказано, что производные *Cannabis indica* активируют рецепторы эндоканнабиноидной системы CB1, приводя к снижению работы NMDA-рецепторов и уменьшению выделения глутамата (Yeh G.C., et al., 1997). Показано, что при употреблении ПАВ увеличивается экспрессия генов, кодирующих белки, которые участвуют в обмене субъединиц NMDA-рецепторов в головном мозге (Ueda H., 2004). Установлено, что длительная алкогольная интоксикация приводит к изменению количества и чувствительности NMDA-рецепторов, в частности изменяется плотность NR1 и NR2_B подтипов этих рецепторов (Schlapfer T.E., 2000; Nagy J. et al., 2004, 2005; Yan H. et al., 2009; Zhuo M., 2009). Показано, что этанол может связываться с несколькими трансмембранными доменами NR1 и NR2 субъединиц NMDA-рецепторов, вызывая их дезактивацию. (R. Yaka, et al. 2003; T.R. Butler, et al., 2008; H. Ren, et al. 2012). Выявлено, что у алкоголиков и кокаиновых наркоманов повышена экспрессия гена GRIN2B, в связи с чем высказывается предположение, что NR2_B субъединица NMDA-рецептора может быть причастна к общему пути развития зависимости от разных ПАВ (Enoch MA, et al. , 2014). Также установлено, что ПАВ нарушают транспорт глутамата через мембрану путем ингибирования активности его переносчика (GLT1), а препараты, активирующие экспрессию GLT1, способны снижать потребление алкоголя и кокаина (R.M. Karlsson, et al., 2012). Наряду с выявленной блокадой глутаматных NMDA-рецепторов и снижением возбуждающей глутаматергической трансмиссии при остром воздействии алкоголя, установлено, что даже низкие дозы алкоголя вызывают, напротив, активацию ГАМК-системы головного мозга и усиленную продукцию ГАМК (С.М. Helms, , D.J. Rossi, et al., 2012). Показано, что этанол стимулирует ГАМК_A-рецептор-опосредованную синаптическую нейротрансдукцию (H. Yan, et al., 2009) и активирует метаботропные ГАМК_{B2} рецепторы, вызывая алкогольное опьянение (Ашмарин И.П., 1996; Семьянов А.В., 2002; Barnes E.M., 2001; Clark B.A., et al., 2002). Установлено, что ионотропные ГАМК_A-рецепторы содержат несколько топографически отличающихся сайтов связывания, взаимодействующих как с основным медиатором - ГАМК, так и с такими ПАВ, как бензодиазепины, барбитураты, этанол (Barnard E.A., Darlison M.G., 1987; Балашов А.М., 2005; Crestani F. et al., 2001; Nagaya N. et al., 2001; Kaufmann W.A. et al, 2003; Kopp C et al., 2003; Jones B.L. et al., 2006; Serra M. et al., 2007; Матухно А.Е., Сухов А.Г., Кирой В.Н., 2014; Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Янушкевич М.В., 2014). Обнаружено, что вблизи ГАМК-рецепторов расположены бензодиазепиновые рецепторы, которые при активации могут усиливать их функцию (Katsura M., et al., 1998). В ходе исследований было доказано, что ЛСД является антагонистом ГАМК_A-рецепторов (Бобылова М.Ю., Пылаева О.А., Петрухин А.С., 2008). Так как в ГАМК-рецепторах обнаружены сайты связывания для этанола предполагается, что этанол взаимодействует со многими другими медиаторными системами мозга именно через ГАМК-ергическую систему (D.A. Finn, et al., 2010). Было доказано, что ГАМК-система неодинаково реагирует у животных, генетически отличающихся друг от друга поведенческими реакциями на введение этанола (Шабанов, 2002). Была также выявлена связь между полиморфизмом генов α_1 -, α_6 -, β_2 - и γ_2 -субъединиц ГАМК_A-рецептора и наличием мотивации на употребление ПАВ (Loh, Ball, 2000; Congeddu, Porcella, 2001). При хроническом алкоголизме отмечено достоверное уменьшение активности ГАМК-ергической системы, сопровождающееся пропорциональным избытком дофамина (Шабанов П.Д., 2002). Показано, что, в отличие от острого действия алкоголя, при длительной алкоголизации активируются NMDA-рецепторы, при этом число ГАМК рецепторов, напротив, снижается и происходит истощение ГАМК-системы (Schlapfer T.E., 2000; Nagy J., 2004; Осколок Л.Н., Терентьев А.А., 2011; N.V. Urban, D. Martinez, 2012).

Также обнаружены достоверные изменения экспрессии генов ферментов метаболизма ГАМК и глутамата, субъединиц рецепторов данных аминокислот, на основании чего делается заключение об участии этих аминокислотных систем в формировании зависимости от этанола (Eravci M., et al. 2000; Chandrasekar R., 2013; Enoch MA, et al., 2014; Jin Z, et al., 2014).

Заключение. Проведенный анализ научных работ, отражающих результаты нейрохимических, молекулярных и клинических исследований подтверждает важную роль ГАМК- и глутаматергической систем мозга, включая их взаимосвязь и модулирующее влияние на другие нейротрансмиттерные системы, в патогенезе аддиктивных состояний.

АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Ромашкина А.В., Бурдаков В.В., Сафронова А.И.,
Кулишова К.С., Сычева Е.А.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
ГБУЗ «Оренбургский областной клинический психо-неврологический госпиталь ветеранов войн»
Оренбург, Россия

Течение отдаленного периода черепно-мозговой травмы определяется механизмами адаптации и пластичности центральной нервной системы. В синдромокомплексе последствий черепно-мозговой травмы важное место занимают расстройства когнитивных функций. Исследование мнестических функций является одним из важных методов обследования, наряду с клинико-неврологическим обследованием пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы для уточнения степени тяжести, структуры дефекта и динамики восстановления когнитивных функций.

Цель работы: выявить мнестические нарушения у больных с последствиями боевой черепно-мозговой травмой (БЧМТ) и изучить влияние этих нарушений на качество жизни данного контингента больных.

Материал и методы исследования. Обследованы 93 больных с последствиями БЧМТ, развившейся в отдаленном периоде закрытой ЧМТ легкой и средней степени тяжести в возрасте от 27 до 50 (в среднем $44,01 \pm 3,98$ года). Для оценки памяти применяли следующие методики: тест запоминания и воспроизведения 10 слов – тест Лурия (исследование слухоречевой кратковременной и долговременной памяти), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест). Для оценки качества жизни применялся опросник SF-36 (SF-36 Health Status Survey). Больные в зависимости от степени тяжести БЧМТ были разделены на 2 группы: 1 группа – 52 пациента с сотрясением головного мозга (средний возраст – $41,10 \pm 5,66$ года), 2 группа – 41 пациент с ушибом мозга легкой и средней степени тяжести (средний возраст – $42,01 \pm 6,37$ года).

Результаты и обсуждение. Нарушения памяти по Монреальской шкале оценки когнитивных функций присутствовали в обеих группах, однако значение показателей не отличались достоверностью различий. $2,12 \pm 1,29$ балла в 1 группе и $1,92 \pm 1,59$ во 2 группе ($p=0,587$). При исследовании мнестической функции с помощью теста Лурия отмечается достоверно более выраженные нарушения у пациентов 2 группы в виде снижения объема кратковременной памяти и снижения отсроченного воспроизведения. Объем кратковременной памяти у пациентов 1 группы составил $5,42 \pm 1,32$ слова, во 2 группе – $4,74 \pm 1,38$ ($p=0,041$). Продуктивность отсроченного воспроизведения у пациентов 1 группы составила $70 \pm 18,14$ %, во 2 группе $56,15 \pm 24,02$ %, ($p=0,012$). При исследовании влияния мнестических нарушений на качество жизни была установлена корреляция показателя качества жизни «выраженность болевого синдрома» с тестом на долговременную память Лурия ($r=0,274$, $p=0,034$).

Таким образом, нарушение памяти зависит от степени полученной боевой черепно-мозговой травмы. С повышением уровня болевого синдрома отмечается более выраженные нарушения долговременной памяти.

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОПОДОБНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И НЕВРАСТЕНИЕЙ

Руденко С.Л.

НИУ «Белгородский государственный университет»

Белгород, Россия

Актуальность. В настоящее время проблема нарушения социального восприятия приобретает все большую популярность. Рассматриваемый конструкт является беспрецедентным основанием для дифференциальной диагностики целого ряда психических заболеваний. Обладая высокой чувствительностью к специфически нозологическим стигмам, он работает как индикатор появления изменений. Наиболее изучен процесс социального восприятия на модели параноидной формы шизофрении [1-3]. Среди лиц, имеющих неврозоподобную форму, прицельно исследован не был. Отсутствуют искания сравнительного плана, позволяющие обозначить расхождения по данному основанию с лицами, имеющими невротический регистр, особенно распространенный сегодня - неврастенический. Два полюса психической патологии могут сближать необычные соматосенсорные впечатления, внешне необоснованная тревога, снижение побуждений к общению, результативности деятельности. Следовательно, основной вопрос состоит в выявлении специфики нарушения социального восприятия у данных групп.

Цель работы: выявить особенности нарушения социального восприятия у больных неврозоподобной шизофренией и неврастенией.

Материалы и методы. Всего обследовано 660 человек. Составлены группы лиц с неврозоподобной шизофренией (360 человек), неврастенией (120 человек) и без нарушений психики (180 человек). Базой выступило бюро № 5 ФКУ «ГБ МСЭ по Белгородской области».

Для составления клинико-психологической характеристики больных шизофренией были использованы шкала оценки позитивных и негативных симптомов «PANSS» (Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A. - Мосолов С.Н.), невротизмом – «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» (Яхин К.К., Менделевич В.Д.). Перцептивный компонент социального восприятия изучен при помощи таких инструментов, как: «Распознавание эмоций» (Гаранян Н.Г.), «Поза и жест» (Курек Н.С.). Особенности интеллектуального компонента выявлены с использованием теста «Социальный интеллект» (Guilford J.P., Sullivan M.O. - Михайлова Е.С.). Полученные результаты обработаны в программе SPSS Statistics 17.0.1.

Результаты и обсуждение. Анализ клинико-психологической характеристики больных неврозоподобной шизофренией показал наличие расстройства целенаправленного внимания, разноплановости мышления, паралогичности, снижения критичности. Доминируют тревожно-фобические симптомы, депрессия, социальная ангедония. При неврастении, на фоне явлений психической истощаемости преобладают диффузная тревога и общая депримированность.

Установлено, что нарушение перцептивного компонента социального восприятия ярче характеризует больных неврозоподобной шизофренией, чем неврастенией. Данный контингент не способен правильно анализировать ситуации межличностного взаимодействия, видеть смыслы вербальных сообщений, предсказывать поступки людей. Показано, что по мере хронизации клинической картины происходит усиление искажений социального восприятия. Данный результат объясним ведущей симптоматикой, которая не позволяет фиксировать множество тонких перцептивных деталей. Интеллектуальный

компонент социального восприятия отчетливо нарушен в обеих группах. Однако трактовки больных шизофренией зачастую опираются на витальные темы, установки должностования в глобальных масштабах и в целом подразумевают уход от подлинно социального контекста. Интерпретации лиц с неврастением пронизаны тягостными предчувствиями, убежденностью в бесперспективности любых активных совладающих действий, но имеют в своей основе опору на конкретные ранее хронически травмировавшие межперсональные отношения. Соответственно нарушение интеллектуального компонента в первом случае объяснимо загруженностью психическими переживаниями и нарастанием социальной отгороженности. Во втором – фиксацией на предшествующем опыте с экстраполяцией переживаний.

Заключение. Нарушение социального восприятия на уровне перцептивного компонента существенно страдает лишь у больных неврозоподобной шизофренией. В интеллектуальном компоненте выраженные нарушения обнаружены у обеих экспериментальных групп обследуемых. Отличительным с уверенностью можно признать характер атрибуции. При неврозоподобной шизофрении приписываемые причины оторваны от социального контекста, при неврастении напрямую с ним связаны. Однако в последнем случае, в связи со скрытой внутриличностной проблематикой не доводятся до соответствующих реальности заключений и не могут выступать гарантом социальной эффективности.

Литература:

1. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Журн. невропатол. и психиатр. 1986. №. 12. С. 1831–1836.

2. Рычкова О.В., Федорова А.П., Приймак М.А. Нарушения социального интеллекта и клиническая симптоматика при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2011. № 3. – С. 10-21.

3. Russell T. A., Rubia K., Bullmore E. T. Exploring the social brain in schizophrenia: left prefrontal underactivation during mental state attribution. - NJ: Erlbaum, 2005. - P. 129–130.

ВЛИЯНИЕ ВРАЖДЕБНОСТИ НА УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У ГОМОСЕКСУАЛЬНЫХ ДЕВУШЕК

Семенова Т.С., Ерзин А.И.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Во все времена люди акцентировали свое внимание на сексуальности человека. Гомосексуальные отношения существовали у первобытных народов Африки, Азии, Америки, Древней Индии, Египте, Древней Греции, Риме. Исследования различных аспектов гомосексуальности неоднократно проводились во многих странах мира, но в России только с середины 1980-х гг. тема гомосексуальности постепенно стала открываться в научном контексте.

Так как гомосексуалы являются гендерным меньшинством, возникают проблемы, связанные с их дискриминацией. Дискриминация приводит к тому, что гомосексуалы начинают вести себя агрессивно, враждебно и относятся ко всему цинично, дискриминация и стигматизация способствует формированию депрессивных состояний. Проблема такого поведения девушек с гомосексуальной ориентацией является мало изученной, но вместе с тем представляет интерес для клинической психологии [1].

Материалы и методы. Выборку составили 18 человек женского пола с гомосексуальной ориентацией. Средний возраст респондентов 25 лет. Исследование проходило в онлайн-режиме. Участникам исследования посредством социальных сетей предлагалось заполнить электронные варианты опросников. Использовались следующие

психодиагностические методики: шкала диагностики враждебности Кука-Медлей, шкала депрессии А.Бека.

Результаты и обсуждение. По шкале депрессии А.Бека были получены следующие данные: у 61,1% (11 человек) отсутствуют депрессивные симптомы. Легкая депрессия была выявлена у 16,6% (3 человек). Умеренная депрессия была диагностирована у 95,5% (1 человека). Выраженная депрессия определена у 16,6% (3 человек). Тяжелой депрессии у респондентов не было выявлено.

Корреляционный анализ Пирсона установил значимую взаимосвязь между общим уровнем депрессией и когнитивно-аффективной субшкалой депрессии (.971), общим уровнем депрессии и соматическими проявлениями депрессии (.923), когнитивно-аффективной субшкалой депрессии и соматическими проявлениями депрессии (.804).

По методике диагностики враждебности были получены следующие данные: по шкале "Цинизм" у 5,5% (1 человека) был выявлен низкий уровень, средний уровень с тенденцией к низкому был обнаружен у 5,5% (1 человека), средний уровень с тенденцией к высокому набрали 77,7% (14 человек), высокий уровень - 11,1% (2 человека). По шкале "Агрессивность" у 5,5% (1 человека) низкий уровень, средний уровень с тенденцией к низкому набрали 50% (9 человек), средний уровень с тенденцией к высокому набрали 44,4% (8 человек), высокого уровня у респондентов не было выявлено. Шкала враждебности: низкий уровень обнаружен у 5,5 % (1 человека), средний уровень с тенденцией к низкому у 33,3% (6 человек), средний уровень с тенденцией к высокому у 55,5% (10 человек), высокий уровень у 5,5% (1 человека).

Первоначально проведенный нами линейный регрессионный анализ не выявил значимого влияния враждебности на общий показатель депрессии у обследованных девушек (коэффициент регрессии составил -.558). При этом другие независимые переменные оказывали выраженное прямое влияние на депрессивные симптомы (для субшкалы агрессивности – .795, для субшкалы цинизма – .228). В последующем, основываясь на результатах структурного моделирования, нам удалось показать, что наиболее вероятной в плане прогнозирования уровня выраженности депрессивных состояний является математическая модель, в которой исходным предиктором является враждебность, однако, ее влияние на депрессию носит опосредованный характер. При этом цинизм (.31) и агрессивность (.61) выступают в роли медиаторов этого влияния.

Выводы. Настоящее исследование показало, что депрессивные состояния довольно распространены среди девушек с гомосексуальной ориентацией. У 7 человек были выявлены выраженные в той или иной степени симптомы депрессии. Также были выявлены значимые взаимосвязи между уровнем депрессией и когнитивно - аффективной шкалой депрессии, уровнем депрессии и соматическими проявлениями депрессии, когнитивно - аффективной шкалой депрессии и соматическими проявлениями депрессии (.804). Таким образом, нам удалось показать, что враждебность как основной предиктор депрессии опосредованно (через цинизм и агрессивность) влияет на уровень депрессии.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученные нами данные могут быть использованы для дальнейшего изучения личностных детерминант враждебности у лиц с гомосексуальной ориентацией. Психологическая коррекция и психотерапия, основанные на когнитивно-поведенческом подходе [2], в которых враждебность является одной из ключевых «мишеней», могут быть использованы для снижения выраженности депрессивных симптомов.

Литература:

1. Обухова А.М.А., Исаев Д.Д. Психологические компоненты сексуальной ориентации // Педиатр. - 2012. Т. 3. - № 4. - С. 78-80.
2. Холмогорова А.Б., Гараньян А.Г., Данлыкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. - Т. 17. - № 4.

САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ КАК КОРРЕЛЯТ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕВУШЕК С ГОМОСЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЕЙ

Семенова Т.С., Ерзин А.И., Антохин Е.Ю.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Одним из личностных ресурсов, лежащих в основе полноценного функционирования личности, является самоэффективность. Понятие «самоэффективность» было введено А.Бандурой – создателем социального-когнитивной теории в психологии, для обозначения веры в успешность собственных действий и ожидание успеха от их реализации. Самоэффективность является феноменом, противоположным выученной беспомощности, при которой индивид, обладая стойкой убежденностью в неспособности активно бороться с обстоятельствами, не предпринимает попытки изменить сложившуюся ситуацию даже при наличии возможности сделать это. В то время как выученная беспомощность является одним из факторов депрессивных состояний, самоэффективность лежит в основе успешного функционирования личности. Для людей, обладающих высоким уровнем самоэффективности, характерны такие особенности, как: проявление глубокого интереса к той деятельности, которой они занимаются, убежденность в том, что любую проблемную ситуацию можно решить, а также быстрое восстановление после неудач и стрессов.

Цель данного исследования явилось выявление взаимосвязи между самоэффективностью и уровнем депрессии у девушек с гомосексуальной ориентацией.

Материалы и методы. Выборку составили 22 женщины с гомосексуальной ориентацией. Средний возраст респондентов 25 лет. Исследование проходило в онлайн-режиме. Участникам исследования посредством социальных сетей предлагалось заполнить электронные варианты опросников. Использовались следующие психодиагностические методики: шкала общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека, шкала депрессии А.Бека.

Результаты и обсуждение. Дескриптивная статистика установила средние показатели самоэффективности в обследованной выборке – $M=29,36$; $SD=5,269$. Анализ данных по шкале общей самоэффективности (рис. 1) показал, что высокий уровень самоэффективности был выявлен лишь у 9,09% (2 человека). Средний уровень самоэффективности был диагностирован у 59,09% (13 человек). Низкий уровень самоэффективности определен у 31,81% (7 человек).

Средние показатели уровня выраженности депрессивных симптомов в обследованной выборке - $M=9,55$; $SD=7,437$. По шкале депрессии А.Бека были получены следующие данные: у 63,63% (14 человек) отсутствуют депрессивные симптомы. Легкая депрессия была выявлена у 13,63% (3 человек). Умеренная депрессия была диагностирована у 9,09% (2 человека). Выраженная депрессия определена у 13,63% (3 человек). Тяжелой депрессии у респондентов не было выявлено.

Корреляционный анализ Пирсона установил значимую отрицательную взаимосвязь самоэффективности и депрессии ($-0,535$), т.е. чем ниже уровень самоэффективности, тем более выраженными являются депрессивные симптомы. Полученные данные доказывают роль самоэффективности в сохранении психического здоровья.

Выводы. Самоэффективность, рассматриваемая нами как протективный личностный фактор, в обследованной выборке развито сравнительно слабо. Высокие показатели самоэффективности были обнаружены лишь у двух человек. В подавляющем большинстве респонденты характеризуются средним и низким уровнем самоэффективности. Выявленная отрицательная взаимосвязь депрессии и самоэффективности указывает на значимую роль последней в сохранении психического здоровья, субъективном благополучии, полноценном функционировании личности. В перспективе модели психотерапии, основанные на конструкте самоэффективности, при

работе с лицами гомосексуальной ориентации могут оказаться результативными в лечении депрессивных состояний.

АНАЛИЗ РАБОТЫ КРИЗИСНОЙ СЛУЖБЫ «ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ» ГБУЗ ООКПБ №2.

Сергеева Н.А., Нечаева М.В.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»
Оренбургский областной психотерапевтический центр
Оренбург, Россия

Актуальность. В настоящее время телефонное консультирование особенно актуально и переживает период подъема: увеличивается число обращающихся на Телефон Доверия (ТД), во многих городах появляются новые ТД, расширяется и углубляется тематика обращений.

Первоначально службы телефонной помощи организовывались как центры по предупреждению суицидов. Основателем и руководителем одного из международных движений телефонной помощи стал англиканский священник Чад Вара из церкви св. Стефана в Уолбруке (Лондон) в 1953 г. Он дал объявление в газетах о своем телефонном номере в церкви с тем, чтобы любой человек, испытывающий нужду, мог позвонить туда в любое время суток: «Перед тем как покончить с собой, позвони мне! Телефон 9000». Идея Чада Вары оказалась столь плодотворной, что в ближайшие семь лет службы телефонной помощи возникли в большинстве европейских столиц или крупных городов. Через 10 лет в 1963 г. в Сиднее (Австралия) преподобный Алан Уокер, глава Центральной методистской линии, основал телефон "Линия жизни", который с тех пор превратился во всемирную сеть [2,3]. Телефонное консультирование в настоящее время получило признание во всем мире, оно активно развивается и совершенствуется. В разных странах эти службы называются по-разному, в России же закрепилось название "Телефон Доверия".

Психологическая помощь по телефону имеет ряд преимуществ. Во-первых, она доступна, так как большинство ТД работают ежедневно и круглосуточно, а само обращение по телефону возможно в тех случаях, когда нельзя встретиться с консультантом лично. Во-вторых, консультации по ТД бесплатны. В-третьих, соблюдается анонимность как абонента, так и консультанта, и конфиденциальность общения гарантируется. ТД помогает звонящему избавиться от возникшего эмоционального напряжения, поделиться своими переживаниями, получить поддержку [1,4].

Существуют и определенные неудобства телефонной службы: помехи и шум на линии могут затруднить контакт; консультант лишен невербальной информации, что значительно затрудняет работу; возможность для абонента в любую минуту прервать разговор усложняет работу консультанта. Всё это предъявляет повышенные требования как к технической оснащенности станций ТД, так и к квалификации её работников.

Содержание профессиональной деятельности и основные действия (операции) консультанта заключаются в следующем: выслушивание, консультирование, информирование абонентов ТД, при необходимости — применение приемов психотерапии в рамках телефонного консультирования [5]. Ведение необходимой служебной документации (классификатор звонков).

Кризисное отделение с Телефоном Доверия ГБУЗ ООКПБ №2 начало свою работу с ноября 2004 года, с момента открытия Областного Оренбургского Психотерапевтического Центра. Штат отделения состоит из психологов с высшим психологическим образованием и специализацией по телефонному кризисному консультированию. Многие из них работают с первого дня и обладают большим опытом в этом направлении.

Первоначально кризисное отделение с Телефоном Доверия ГБУЗ ООКПБ №2 функционировало только в вечерне-ночное время. С марта 2013 года оно перешло на круглосуточное оказание помощи, что, безусловно, наряду с максимальной анонимностью абонентов, является существенным преимуществом в предоставлении телефонной помощи.

Основной задачей остается оказание поддержки человеку по выходу из тягостной для него, сложной жизненной ситуации, информирование по вопросам охраны здоровья, терапии и реабилитации. Проводятся профилактическая, а также консультативно-лечебная работа, в основном с людьми, имеющими психиатрический опыт, и с их родственниками.

Целью настоящего исследования явилось изучение и статистический анализ обращений в кризисную службу Телефона Доверия ООКПБ № 2 за 2014г. для улучшения качества оказываемой помощи и выявления приоритетных проблем обращений.

Методом исследования явилась описательная статистика (Statistika 6.0), расчёт статистических показателей.

Результаты. Большинство звонков за 2014г. пришлось на вечерне-ночное время (от 18-00 до 00-00) – 56,3%. Средняя продолжительность контакта с консультантом в большинстве случаев (37,6%) составила от 5 до 15 минут. Длительность консультаций от 30 минут и выше составила всего 5,2 %. Приоритетным видом оказания психологической помощи явилась эмоциональная поддержка и выслушивание - 68,2%, а консультация с целью понимания себя и разрешении проблемы – 14,7 %. Исследуя демографические данные обратившихся абонентов, мы получили примерно равное распределение по гендерному признаку - от мужчин поступило 48% обращений, от женщин – 52%. Если говорить о возрасте абонентов, то чаще звонили люди среднего и зрелого возраста (от 26 до 50 лет) – 91,9% обращений, от людей старшего возраста (50 и старше) поступило – 4,3% обращений, от подростков (11-18 лет)– 2,3% обращений, от молодежи (19-25 лет) – 1,4%, от дошкольников и младших школьников (7-10 лет)– 0,1% обращений. Чаще обращались холостые абоненты – 89,5% обращений; на находящихся в разводе пришлось – 2,7%; живущих в браке – 6,4%, вдов и вдовцов – 1,4% обращений. Количество лиц, страдающих психическим расстройством составляет 74,2% обращений за указанный период. За 2014г. на кризисную линию Телефона Доверия обратились 1,1% абонентов в остром кризисном состоянии (с суицидальными мыслями, идеями, переживаниями, по поводу суицида близкого человека). Причины обращения клиентов имеют широкий диапазон: соматическое здоровье (17%); любовные и дружеские (9%) и супружеские и детско-родительские взаимоотношения (8%); поиск смысла жизни и недовольство собой (4%); профессиональные и учебные проблемы (1%); одиночество (38%); депрессия, суицидальные мысли и действия (около 1%).

Выводы. Абоненты в большинстве ориентированы на получение краткосрочной (до 15 минут) помощи в виде эмоциональной поддержки. Большой процент обращений абонентов с психическими расстройствами, связан с проблемой одиночества, ощущением изолированности, отсутствием или ограниченностью социальных и эмоциональных контактов, неудовлетворённостью существующими отношениями с окружающими. Большой процент обращений абонентов не состоящих в браке, также может указывать на значимость проблемы одиночества.

Полученные результаты могут быть учтены при подготовке психологов кризисной службы, профилактики эмоционального выгорания этих специалистов. Для разбора «тяжелых», трудных случаев и предупреждения возникновения синдрома «сгорания» у консультантов, каждый месяц проводятся супервизорские группы. В перспективах работы кризисной службы ТД - тесное взаимодействие с другими городскими кризисными линиями для обмена опытом, разрешения возникающих сложностей и проведения совместных супервизий и конференций.

Литература:

1. Крон Т. Исцеление через общение. Диалог между абонентом и консультантом-волонтером // Вестник РАТЭПП. 1992. № 1-2 (2-3).
2. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. М.: Смысл, 1999.
3. Романова Е. С. Работа психолога на телефоне доверия. Методическое пособие. М.: МГПУ, 2001. 69 с.
4. Телефон доверия в мегаполисе / автор Е.А. Чурсина // Московский психотерапевтический журнал: консультативная психология и психотерапия – №2 (65) апрель-июнь 2010. – с. 144-153.
5. Хачатурян С.Д. Психологические условия эффективности функционирования телефонов доверия. – Владимир, 2000.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СУИЦИДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Смирнов И.И.¹, Буромская Н.И.¹, Панкова О.Ф.², Соляник А.Н.¹, Усачева Е.Л.¹

¹ ГКУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ;

² ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ
Москва, Россия

Актуальность. Частота завершенных суицидов несовершеннолетних в РФ остаётся одной из самых высоких в мире [3]. В суицидологии существует множество проблем, связанных, в первую очередь, со сложностью дифференциации суицидальных проявлений, а также использования действенных профилактических программ по снижению уровня суицидов [4].

Цель исследования. Совершенствование системы оказания помощи пациентам с суицидальными проявлениями в зависимости от типа суицидальных проявлений, и структуры психопатологических расстройств, коморбидных с суицидальным поведением.

Материалы и методы. Были изучены 598 пациентов с суицидальными проявлениями, поступившие в ГБУЗ НПЦ ПЗДП ДЗМ за период с 2012 по 2014 год. Основным методом явился клиничко-психопатологический с использованием ретроспективного анализа анамнестических сведений и катамнестического исследования при повторных суицидах. Также использовался ряд экспериментально-психологических тестов.

Результаты и обсуждение. В соответствии с традиционной систематикой суицидов [1] пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидов (61%), группа аффективных (12%) и истинных суицидов (27%). Выявлены достоверно значимые возрастные и гендерные различия между рассматриваемыми группами. У мальчиков отмечалось более раннее возникновение суицидальных проявлений в поведении, носившие в младшей возрастной группе в основном шантажно-демонстративный характер. В подростковом возрасте на фоне резкого роста частоты аффективных и истинных суицидов отмечалось почти двукратное количественное преобладание пациентов женского пола. Традиционное разделение пациентов лишь на основе типологии суицидального поведения не позволяет учитывать структуру имеющихся у них психических расстройств, влияние клиничко-психопатологических, личностно-психологических и ситуационных (социально-стрессовых) факторов, обуславливающих или сопутствующих суицидальному поведению и, соответственно, не может определять мишени для терапевтического воздействия. По клиничко-психопатологическим критериям изученные случаи суицидального поведения у детей и подростков нами также были разделены на три группы [5]: 1) действия, совершенные под влиянием аффекта, связанные с ситуационными факторами и личностными

особенностями пациентов 68% (n=409); 2) суицидальные мысли, высказывания и действия, коморбидные с депрессией 20% (n=119), 3) аутоагрессивные (включая суицидальные) проявления в рамках иной психической патологии, сопровождающейся грубой дезорганизацией психической деятельности в рамках психотических и субпсихотических состояний 12% (n=70).

На основе данного подхода разработаны и внедрены в работу клиники дифференциальные алгоритмы медико-реабилитационных мероприятий, основанные на следующих принципиальных положениях: максимально раннее (первые 1-2 суток) начало вмешательства, полипрофессиональный подход, этапность и преемственность, работа с семьей пациента, эффективный скрининг суицидального риска, расширение объемов помощи с возможностью работы с пациентами на до- и постгоспитальном этапах, ведение специальной учетной стандартизированной документации. Одним из результатов внедрения указанных выше принципов было создание на базе НПЦ Единого центра защиты детей, который включает в себя круглосуточный «телефон доверия», кабинет антикризисной помощи, выездную консультативную бригаду для обследования парасуицидентов, проходящих лечение в стационарах соматического профиля города Москвы. Было показано, что применение тестовых методик практически не решает проблему эффективной диагностики суицидального риска, что обусловлено рядом причин [2]. К сугубо психологическим причинам можно отнести интрапсихические защитные тенденции и фактор социальной желательности, находящие отражение в ответах испытуемых. Причиной диссимуляции состояния также является настойчивое желание пациентов, зачастую подкрепленное соответствующем индуцирующим влиянием их родителей, скорее покинуть психиатрический стационар.

Заключение.

1. Суицидальное поведение в детском и подростковом возрасте является в основном проблемой «пограничной» психиатрии – поведенческих и связанных со стрессом расстройств.

2. Не умаляя значимости использования вербальных психологических тестов, важно понимать, что клиничко-психопатологические методы, используемые психиатрами в ходе их непосредственного контакта с пациентами, должны оставаться ведущими, а тестовые методики являются лишь дополнительными инструментами.

3. Своевременная квалифицированная помощь пациентам, оптимальная программа медицинских и немедицинских мероприятий, активное привлечение семьи пациента, возможность анонимного обращения за помощью на постгоспитальном этапе снизит опасения пациентов и их законных представителей перед психиатрической стигмой, позволит отслеживать суицидальные риски и проводить профилактические мероприятия.

Литература:

1. Личко А.Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). – Л., 1985.
2. Панкова О.Ф., Смирнов И.И., Колдунова Г.К. Оценка эффективности использования психодиагностических тестов для определения суицидальных у детей и подростков- пациентов психиатрического стационара: Материалы всероссийской научно-практической конференции «Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации» - Санкт-Петербург, 2014, с.26-27
3. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: <http:// medpsy.ru>.
4. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4-8.
5. Усачева Е.Л., Панкова О.Ф., Смирнов И.И. Клиническая типология суицидального (аутодеструктивного) поведения у детей и подростков,

КОМПРОМИССЫ СОХРАНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ

Смирнова С.А.¹, Борщук Е.Л.², Баянова Н.А.²

¹ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»

²ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Влияние производственной среды на здоровье работников рассматривалось еще в 1994 г., когда ВОЗ утвердила Всеобщую глобальную стратегию в области профессионального здоровья. Несмотря на свой рекомендательный характер, эта стратегия стала первым признаком надвигающихся изменений. Стратегия ВОЗ, обусловила новый подход к охране труда, обозначенных в виде «разработки необходимых концептуальных инструментов» (первым был назван «превентивный подход»), «развитии здоровой производственной среды», «укреплении системы обеспечения профессионального здоровья», «снабжении информацией широких слоев населения» и «развитии сотрудничества в области профессиональной безопасности и здоровья». Так план деятельности специализированных Центров сотрудничества ВОЗ в области профессиональной безопасности на 2002–2005 г. предусматривал реализацию целого ряда проектов, предполагавших тренинговые программы, сбор и анализ информации об известных и новых угрозах безопасности и здоровью работников на рабочих местах, проведение соответствующих исследований. Однако реализация мероприятий по ряду социальных, организационных, кадровых не была выполнена в связи с рекомендательным характером.

По Разумову А.И. (1996) профессиональное здоровье – это динамичный процесс сохранения и развития регуляторных свойств организма, его физического, психического и социального благополучия, что обеспечивает высокую надежность и эффективность трудовой деятельности, а также максимальную продолжительность профессиональной жизни. Это такие характеристики здоровья специалиста, которые обеспечивают высокую эффективность его профессиональной деятельности. Если болен врач, то он не сможет на должном уровне лечить, заниматься профилактическим разделом работы и профессионально самосовершенствоваться. Защитить врача, значит защитить пациента.

К сожалению, возможно поэтому, в современной России профессия врача перестает быть престижной. По данным Вялковой Г.М. (2006), Данишевского К.Д. (2007), Кучеренко В.З. (2007), Полежаева К.Л. (2006) отмечается низкий уровень здоровья и психологического благополучия врачей, недостаточная мотивация врачей к труду, что особенно характерно для участковой службы. Кроме этого, высокий уровень стрессовой напряженности, связанный с затянувшимися социально-экономическими переменами поставили в крайне неблагоприятные условия существования медицинских работников, особенно тех, кто осуществляет свою профессиональную деятельность вдали от столицы (Измеров Н.Ф., 2005; Кайбышев В.Т., 2009).

Целью нашего исследования явилось изучение мнения группы врачей о влиянии профессиональной деятельности на здоровье, с позиций психологического фактора. В анкетировании приняли участие 530 врачей, работающих в медицинских организациях амбулаторно-поликлинической службы, подведомственных министерству здравоохранения Оренбургской области.

Выразили свое отношение к работе, выбрав ответ «испытываю психологический дискомфорт» 34,7% опрошенных; 52,2% респондентов затруднились ответить. Из самых не привлекательных факторов профессиональной деятельности, 61,7% опрошенных выбрали ответ – уровень зарплаты. И 88,5% врачей выбрали ответ – наличие

постоянного стресса. В пределах 20-22% врачи выбирали остальные варианты ответов: характер труда, отношения в коллективе, необходимость передвигаться по участку, низкий престиж профессии и т.д. Но вместе с тем, на вопрос, хотите ли Вы поменять место работы, 41,0% респондентов ответили, что нет. При самооценке влияния условий трудовой деятельности на здоровье, ответы распределились следующим образом: «влияет благоприятно» - 12,7%; «не влияет на здоровье» - 9,6%; «неблагоприятно влияет» - 22,9%, остальные затруднились в выборе ответа. При самооценке психологической нагрузки в процессе профессиональной деятельности большинство врачей (75,7%) выбрали «психологическая нагрузка высокая и постоянная», ответ об отсутствии психологической нагрузке не выбрал ни один респондент.

Таким образом, значительное число практикующих врачей подвержено воздействию профессионального стресса. Трудности в адаптации, неспособность выносить повышенные профессиональные нагрузки, различные формы «личностного неблагополучия» в виде феномена психического истощения, десоциализации, отчуждения, профессионально-личностных деформаций, дисфункции межличностных контактов на рабочем месте — перечень проблем, которые сегодня сопровождают практическую деятельность практикующего врача.

Для отечественной медицины в условиях очередного кадрового кризиса весьма важным становится использование направлений Стратегии ВОЗ в области охраны профессионального здоровья на региональном уровне для разработки национальной стратегии сохранения и умножения профессионального здоровья врачей и средних медицинских работников.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ В ЖИЗНЕННЫХ СФЕРАХ У СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Степанова Н.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Интерес к проблеме ценностных ориентаций у студентов ВУЗа обусловлен тем, что формирование ценностных ориентаций является неотъемлемой частью развития личности, оказывает влияние на становление профессионального самосознания. Ценности являются исходными психическими образованиями для постановки целей и обоснования специалистом всей своей профессиональной деятельности, представляют собой одновременно мотивационные и когнитивные образования: направляют, организуют, ориентируют поведение человека на определенные цели и в то же время детерминируют когнитивную работу с информацией. Ценности выступают также в качестве критерия оценки действительности, других людей, а также самого себя. По степени сформированности ценностных ориентаций можно судить об уровне сформированности личности.

Цель работы. Изучение специфики терминальных ценностей в различных жизненных сферах у студентов факультета клинической психологии.

Материалы и методы. Выборку составили 65 человек - студенты первого и второго курсов факультета клинической психологии ОрГМУ. В исследовании использовался психодиагностический метод (методика И.Г. Сенина «Опросник терминальных ценностей») [2]. Тест основан на теоретических положениях М. Рокича о структуре человеческих ценностей и позволяет оценить общую выраженность каждой из восьми терминальных ценностей, а также их представленность в различных сферах жизни человека: сфере профессиональной жизни, сфере обучения и образования, сфере семейной жизни, сфере общественной жизни, сфере увлечений.

Результаты и обсуждение. Среди терминальных ценностей первые позиции в изучаемой выборке занимают «собственный престиж» (43%), «сохранение собственной

индивидуальности» (38%), «активные социальные контакты» (37%), далее идут «высокое материальное положение» (29%), «духовное удовлетворение» (25%), «развитие себя» (23%), менее выражены такие ценности, как «креативность» (22%) и «достижения» (20%). В скобках указаны проценты высокого уровня выраженности терминальных ценностей в изучаемой выборке. Высокий результат по показателю «собственный престиж» свидетельствует о стремлении испытуемых к признанию, уважению, со стороны других, как правило, наиболее значимых лиц, о высоком уровне потребности в социальном одобрении своего поведения. Высокие баллы по показателю «сохранение собственной индивидуальности» означают стремление испытуемых к независимости, к сохранению неповторимости и своеобразия своей личности, своих взглядов, убеждений, своего стиля жизни. Показатель «активные социальные контакты» говорит о высокой потребности в общении, стремлении к установлению благоприятных взаимоотношений с другими людьми, значимости всех аспектов человеческих взаимоотношений.

Среди жизненных сфер на первое место по значимости студенты факультета клинической психологии ставят обучение и образование (28%), далее идут профессиональная жизнь (22%), увлечения (19%), четвёртую и пятую позиции занимают семейная жизнь (11%) и общественная жизнь (9%). В скобках указаны проценты высокого уровня выраженности значимости жизненных сфер. Результаты свидетельствуют о стремлении испытуемых к повышению уровня образованности, расширению кругозора, о высокой значимости будущей профессиональной деятельности и сферы увлечений.

Терминальные ценности следующим образом представлены в жизненных сферах студентов факультета клинической психологии. В сфере обучения и образования на первом месте стоит собственный престиж (69%), далее высокое материальное положение (54%) и активные социальные контакты (52%). Полученные результаты свидетельствуют о том, что испытуемые стремятся иметь такой уровень образования, который ценится в обществе, ориентированы на материальные ценности, готовы повышать уровень образования для повышения материального благополучия, стремятся к контактам с людьми определённой социальной группы. В сфере «профессиональная жизнь» на первом месте также собственный престиж (62%), на втором месте сохранение собственной индивидуальности и активные социальные контакты (по 57%), на третьем месте духовное удовлетворение (49%). Данные результаты подтверждают высокую значимость для испытуемых престижности выбранной профессии, посредством профессиональной деятельности они стремятся подчеркнуть своё своеобразие, удовлетворить потребность в социальных контактах, иметь интересную работу и получать от неё удовлетворение. В сфере увлечений значимые позиции занимают сохранение собственной индивидуальности (62%), активные социальные контакты (60%), креативность (55%), что свидетельствует о стремлении испытуемых посредством увлечений выразить свою индивидуальность и реализовать социальную направленность, увлекаясь занятиями, имеющими коллективный характер. Высокие показатели ценности «креативность» в сфере увлечений говорят о стремлении увлекаться такими занятиями, которые представляют широкие возможности для творчества. В сфере семейной жизни на первом месте развитие себя (51%), далее идут сохранение собственной индивидуальности, собственный престиж (по 43%) и духовное удовлетворение (32%). Это означает стремление испытуемых изменять к лучшему особенности своей личности в семейной жизни, при этом ориентируясь на собственные взгляды и убеждения, желание строить семейную жизнь так, чтобы обеспечить признание окружающих, также ценится любовь, взаимопонимание и духовная близость с членами семьи. В сфере «общественная жизнь» иерархия ценностей представлена следующим образом: собственный престиж (60%), высокое материальное положение (48%), активные социальные контакты (45%), что выражается в стремлении придерживаться наиболее распространённых взглядов на общественно-политическую жизнь, заниматься общественной деятельностью ради материального вознаграждения, реализуя через общественную жизнь социальную направленность.

Заключение. Таким образом, ведущие позиции в иерархии терминальных ценностей студентов факультета клинической психологии занимают «собственный престиж», «сохранение собственной индивидуальности» и «активные социальные контакты». Перечисленные ценности являются значимыми в наиболее важных жизненных сферах «обучение и образование», «профессиональная жизнь», «увлечения». Противоречивые представления о ценностях выявлены у испытуемых в сфере «семейная жизнь». Полученные результаты могут быть использованы в системе воспитательной работы в аспекте развития гуманистических, социально-значимых ценностей и формирования профессионального самосознания студентов факультета клинической психологии.

Литература:

1. Головаха, Е. И. Жизненная перспектива и ценностные ориентации личности / Е.И. Головаха // Психология личности в трудах отечественных психологов; под общ. ред. Л.В. Куликова. - СПб.: Питер, 2009. - С. 162-170.
2. Тихомиров, А.В. Метод дифференциации профессиональных выборов в практике профконсультирования / А. В. Тихомиров. - Екатеринбург, 2001. - Вып.2, часть 1. – 246 с.

ФАГОЦИТАРНАЯ ФУНКЦИЯ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Султанов Ш.Х.

Ташкентская медицинская академия
Ташкент, Узбекистан

Дезорганизация иммунных систем, которые находятся в тесной взаимосвязи с центральной нервной системой, ведут к нарушению клеточного и гуморального гомеостаза и усугубляют процесс течения наркомании (Хаитов Р.М. и соавт.,1995., Якубова М.М., и соавт.,2009).

С целью изучения иммунологических особенностей больных героиновой наркоманией (ГН) нами было исследовано 57 больных. Все пациенты по длительности употребления препаратов опия разделили на 2 группы. Продолжительность злоупотребления наркотиками в 1 группе составляла от 4 мес. до 5 лет (31). Во 2-ой группе продолжительность наркотизации свыше 5 лет (26) . Исследования были посвящены оценке собственно фагоцитарной функции нейтрофилов (доля активированных нейтрофилов - ДАН) в периферической крови лиц, злоупотребляющих героином.

Таблица 1. Состояние ДАН периферической крови крови больных ГН с различной давностью заболевания

	ДАН в абстинентном периоде	ДАН после лечения	ДАН в период ремиссии
1 группа	34,8 ± 3,2%*	38,5 ± 3,8%	39,8 ± 3,6%
2 группа	25,7 ± 2,3%*	27,8 ± 2,8%	30,7 ± 3,3%*
Контр. Группа	41±3,9%	41±3,9%	41±3,9%

*достоверная разница по сравнению с контрольной группой(p < 0,05)

Как следует из данных, наиболее выраженное снижение ДАН периферической крови было зарегистрировано у пациентов 2 –ой группы, в абстинентном периоде, принимающих героин более 5 лет, величина процента фагоцитирующих клеток была наименьшей и составила 25,7 ± 2,3% и достоверно отличалась от величины аналогичного показателя в контроле; в дальнейшем эти показатели по выходу из АС (абстинентного синдрома) и в ремиссии увеличивались, но не доходили до цифр контрольной группы. Выраженные изменения функционального состояния фагоцитирующих клеток регистрировали также при длительности приема наркотика до 5 лет у пациентов 1 группы. У пациентов, употребляющих героин, установлены прямые умеренные корреляционные

зависимости между длительностью приема наркотического вещества и ДАН ($r = 0,56$, $p < 0,05$). В настоящее время хорошо известно, что метаболизм фагоцитов опосредуется наличием в их лизосомах целого набора ферментов, к числу которых относится миелопероксидаза. В этой связи представлялось интересным оценить в условиях хронической героиновой интоксикации эту сторону функционирования фагоцитов. Результаты проведенных исследований в данном направлении показали, что в остром периоде заболевания концентрация этого фермента в сыворотке крови обследованных больных оказались достоверно ниже контрольных.

Таблица 2. Содержание миелопероксидазы у больных ГН с различной давностью заболевания.

	В абстинентном периоде	После лечения	В ремиссии
1 группа	220,7±10,75*	229,4±12,55	239,8±20,76
2 группа	208,7±10,73*	215,7±7,19	225,7±4,53*
Контр. Группа	252,5±3,19	252,5±3,19	252,5±3,19

Как видно из таблицы, употребление героина приводит к снижению уровня миелопероксидазы сыворотки крови обследованных пациентов на всех этапах заболевания. В зависимости от длительности приема наркотического вещества величина миелопероксидазы регистрировались достоверно на более низком уровне, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Недостаточность иммунных систем больных героиновой наркоманией клинически проявляется в виде инфекционно-воспалительных процессов различных органов и систем. Приведенные сведения определяют актуальность всестороннего изучения приобретенных дефектов фагоцитоза, определяют целесообразность исследования функциональной активности нейтрофилов, ферментов **метаболизма фагоцитов** и разработке дополнительных способов коррекции проводимых терапевтических мероприятий.

Литература:

1. Хаитов Р.М. Б.В. Пинегин. Основные задачи клинической иммунологии по изучению функциональной активности фагоцитирующих клеток // Иммунология. 1995. - № 4. - с. 6-11.
2. Якубова М.М., Бердиев Н.Б., Каримова Р.Ш. Изменение метаболической активности сегментоядерных нейтрофилов крови при стимуляции фагоцитарного процесса в эксперименте. Душанбе, 2009.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Суслов С.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Почти столетнее изучение шизофрении сопровождалось поиском существенных различий психических процессов у больных шизофренией от нормативно-психологических, которые давали бы объяснение особенностям социального поведения больных. Образ “Я” не возникает у человека сразу, а складывается постепенно, на протяжении его жизни под воздействием многочисленных социальных влияний. Направленность реализации всех социальных действий определяется свойствами личности. Наряду с нормативно-адекватными аспектами самосознания у больных шизофренией сосуществуют аспекты расстроенного самосознания. В этом психопатологическая сущность шизофрении, которая предопределяет особенности

социального поведения больных – ее зависимость от взаимоотношений сохранного и расстроенного в самосознании.

Цель: определить различия в самосознании у больных шизофренией и шизотипическим расстройством.

Материал и методы исследования. Изучено 120 больных шизофренией (65 мужчин и 55 женщин) в возрасте от 18 до 45 лет, из них 40 пациентов наблюдаются с диагнозом шизотипического расстройства (F 21 по МКБ-10) – 1гр.; 2 гр. - 80 больных с параноидной шизофренией (F 20 по МКБ-10).

Использованы методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (самоактуализационный тест САТ; опросник Мини-Мульт; тест диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности С.С.Бубновой).

Результаты и обсуждение.

Полученные данные по тесту САТ выявляют значительно выраженные различия показателей в блоке шкалы самовосприятия, включающей в себя шкалу самопринятия и шкалу самоуважения. Самый низкий показатель в группе больных с шизотипическим расстройством выявлен по шкале самопринятия (Sa), что говорит о сниженной оценке своих достоинств и недостатков и нарушении принятия собственной личности. Максимальный показатель в группе больных с шизофренией выявлен по шкале самоуважения (Sr), что расценивается как способность человека ценить свои достоинства и положительные свойства характера. Завышенная самооценка признаков своего "Я", высоко значимых в социальном отношении включает в себе компенсаторный смысл. Так же функцию компенсации определяют высокие показатели по шкале ценностных ориентаций. Личность больного с нарушенным самосознанием не в состоянии определять оптимальный выход из выявленного конфликта и прибегает к такому механизму защиты как компенсация.

По результатам личностного опросника Мини-мульт оказались одинаковыми показатели для обеих групп испытуемых: им присущи ярко выраженные черты шизоидного поведения (эмоциональная холодности, аутизм, повышенная чувствительность), такие люди тревожны, мнительны, нерешительны, агрессивны, конфликтны, часто пренебрегают социальными нормами и ценностями.

Тест реальной структуры ценностных ориентаций личности (С.С.Бубнова) у больных с шизотипическим расстройством выявил наименьшую степень выраженности таких ценностей как «социальная активность» и «помощь и милосердие к другим людям», что означает отсутствие эмоционального интереса к другим людям (инфантильно-эгоцентрические, аутистические черты личности), что часто завуалировано развитым когнитивным компонентом самосознания. В условиях психоза, при наличии выраженных нарушений, этот когнитивный компонент рушится, обнажая грубую патологию самосознания.

По итогам проведенного исследования было выявлено, что качественно показатели среди больных шизофренией и шизотипическим расстройством не отличаются в обеих группах; выявляются основные симптоматические патопсихологические изменения самосознания больных, но существенное различие носят количественные показатели полученных данных в качестве меньшей степени выраженности у больных шизотипическим расстройством. Таким образом, больные шизофренией в отличие от больных шизотипическим расстройством страдают более грубой дезорганизованностью личности.

Литература:

- 1.Бубнова С.С. Методика диагностики ценностных ориентаций личности. М., Из-во ин-та молодежи, 1995.
- 2.Дереча В.А. Психология и психопатология личности. Оренбург ГУРЦПО, 2009г., 302с.

3. Кондратьев Ф.В. Особенности самосознания больных шизофренией (к проблеме мотивации агрессивного поведения психически больных).//Агрессия и психические расстройства.-Москва, 2006, Т.1. С.80-103.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Тубольцев А.А.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»
Оренбург, Россия

«Здоровье», по определению ВОЗ, включает в себя физическое, социальное и психическое состояние. Под физическим здоровьем понимается нормальная работа всех органов и систем человеческого организма. Социальное здоровье - это уважение общечеловеческих ценностей, морали и законов, успешная социальная адаптированность. Психическое здоровье — это состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности, [1]. Эксперты ВОЗ объясняют рост психических расстройств в современном мире возрастанием плотности населения; урбанизацией; разрушением природной среды; усложнением производственных и образовательных технологий; лавинообразно нарастающим информационным прессингом; ростом числа чрезвычайных ситуаций; ухудшением физического, в том числе репродуктивного, здоровья; ростом числа травм головного мозга и родовых травм; интенсивным постарением населения. В результате стремительно растет число социальных аномалий, входящих в такое понятие как «общественное психическое здоровье» и являющихся его неотъемлемой составляющей [2]. Этим обуславливается степень актуальности проблемы оценки общественного психического здоровья, а именно выбором достоверного и рационального подхода.

Общественное психическое здоровье характеризуется уровнем распространенности в популяции психических болезней, алкоголизма и наркомании, умственной неполноценности, суицидов. Под психическими болезнями (синоним - душевные болезни) понимаются, согласно энциклопедическому словарю медицинских терминов, болезни, обусловленные патологией головного мозга, проявляющиеся расстройством психической деятельности. К психическим болезням относятся как грубые расстройства отражения реального мира с нарушениями поведения (психозы), так легкие изменения психической деятельности (неврозы, психопатии). В результате психического заболевания возникает психическое расстройство, которое также может быть проявлением и других болезней, например некоторых инфекционных. Совокупность признаков психического расстройства называется психическим состоянием.

Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала [3]. Представления о психическом здоровье меняются и развиваются вместе с развитием общества, науки и практики оказания помощи. Важнейшими достижениями в разработке проблемы психической патологии на современном этапе можно считать все большее признание интегративного подхода, тенденцию к синтезу различных частичных научных воззрений, за которыми стоят знания и практика разных специалистов (психиатров, психологов, социологов, экономистов), отказ представителей различных наук от претензии на владение истинным знанием [4]. В современной психиатрии, а также клинической психологии биологический и психологический редукционизм сменяются осознанием необходимости целостного комплексного подхода к проблеме психических расстройств.

Литература:

1. Ястребов В.С., Балабанова В.В., Серебрянская Л.Я., Михайлова И.И., Степанова А.Ф. Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы. М.: НЦПЗ РАМН. - 2004. - 28 с.
2. Самойлова Д.Д., Кром И.Л., Барыльник Ю.Б. Значение социальных и клинических предикторов в формировании психического здоровья в современной России // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Vol. 1, Issue 7, 2011, pp. 13-15
3. Леонтьев И.Л. Научное обоснование основных направлений совершенствования региональной службы психического здоровья (на примере Свердловской области): Дисс. д-ра мед. наук М., 2004. – 395 с.
4. Краснов В.Н. Охрана психического здоровья - общая ответственность // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. — Т.11, №2. - с. 5-7.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ

Усачёва Е.Л., Безменов П.В., Серебровская О.В., Смирнов И.И., Вяльцева И.Ю.,
Романова О.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им.
Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва, Россия

Актуальность. Дети и подростки с различными формами суицидального поведения составляют значительную долю пациентов психиатрического стационара. С целью совершенствования оказания помощи данной категории пациентов, а также для разработки эффективных профилактических и реабилитационных мероприятий актуальным представляется изучение предикторов и механизмов формирования суицидального поведения среди детей и подростков.

Цель работы: анализ факторов, характерных для различных типов суицидального поведения с целью дальнейшей разработки дифференцированных алгоритмов медико-психологического сопровождения.

Материалы и методы. Проведено психологическое исследование пациентов с суицидальными проявлениями, госпитализированных в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения Москвы». Общее число наблюдений – 540; средний возраст – 13+/-0,5 лет. Для заполнения предлагался модифицированный авторами тест «Опросник суицидального риска» (ОСР) Т.Н. Разуваевой, который предназначен для экспресс-диагностики суицидального риска и выявления уровня сформированности суицидальных намерений. Показатели для каждого фактора суицидального риска рассчитывалась как среднее значение выборки. Статистическая обработка данных с оценкой достоверности различий между переменными проводилась с применением Критерия Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Мы проанализировали показатели каждого из диагностических параметров (иными словами - факторов суицидального риска): демонстративности, аффективности, уникальности, несостоятельности, социального пессимизма, слома культурных барьеров, максимализма, временной перспективы, и отдельно - антисуицидального фактора. Типология суицидальных проявлений, использованная в нашем исследовании, основывалась на анализе мотивов и целей суицидального поведения, характера развития суицидального процесса, условий, механизмов и способов его реализации с учётом специфики детского и подросткового возраста. Первую, значительно преобладающую по численности, группу составили пациенты с шантажным суицидальным поведением (65% от общего числа обследованных). В ходе психологического исследования у этих пациентов фиксировался статистически значимый «всплеск» склонности к поступкам, совершаемым с расчетом на реакцию окружающих (шкала «демонстративность»). В этой группе в целом отмечался

более низкий уровень аффективности и максимализма ($p < 0,01$), однако пациентам свойственно ощущение собственной уникальности, сочетающееся с высокими показателями по шкале «несостоятельность».

Вторую группу составили так называемые аффективные (импульсивные) суициды (11%). У пациентов данной группы суицидальные проявления возникали на высоте аффективного возбуждения, которое достигало столь выраженной степени, что можно было констатировать состояние аффективно суженного сознания. В ходе психологического исследования у подростков с аффективным (импульсивным) типом выявлено значительное повышение показателей по шкалам «аффективность» и «максимализм», что свидетельствует доминировании эмоций над интеллектуальным контролем и оценкой ситуации, готовности реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально, вплоть до аффективной блокады интеллекта.

Третью группу составили пациенты с истинными суицидальными проявлениями (24% обследованных). К данной группе были отнесены те случаи, когда суицидальные проявления чаще всего возникали на фоне стойкого, затяжного депрессивного состояния, часто сочеталось с иной психопатологией, в том числе расстройствами психотического регистра. По результатам тестирования у них фиксировались более высокие баллы по двум шкалам - «временная перспектива» и «социальный пессимизм» по сравнению с подростками из групп импульсивного и шантажного типа поведения ($p < 0,05$). Социальный пессимизм у пациентов указанной группы в силу трудностей формирования рационально организованной деятельности в социопсихическом плане выражал себя как специфическая форма деструктивного сознания. По данным нашего исследования, социальный пессимизм является той характеристикой, которая представлена у подростков с истинными суицидальными намерениями наиболее часто, и его шкальные показатели равны критическому максимуму и у девочек, и у мальчиков ($p < 0,05$).

Заключение. Показатели выраженности отдельных факторов находятся в зависимости от типа суицидального поведения. На основе результатов проведенного исследования разрабатываются дифференцированные алгоритмы психологического сопровождения пациентов, поступающих в психиатрический стационар с суицидальными проявлениями.

ОПЫТ РАБОТЫ ИНСУЛЬТНОГО ЦЕНТРА Г. АКТОБЕ

Утепкалиева А.П., Саркулова Ж.Н., Дарин Д.Б., Зинелова А.Г.,
Бегимбаев К.С., Утегенова А.Б.

Кафедра неврологии, психиатрии и наркологии Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова, Актобе, Казахстан

В настоящее время проблема мозговых инсультов (МИ) имеет статус актуальной медико-социальной проблемы, в структуре показателей общей смертности и инвалидизации МИ занимают лидирующие позиции. В Казахстане в структуре заболеваний нервной системы на долю МИ приходится 52%, при этом каждый третий больной трудоспособного возраста. Показатели заболеваемости МИ составляют 3,7 на 1000 населения, а смертности - 1,08 на 1000 населения. 37% больных умирают в течение первого месяца от начала заболевания, 53% нуждаются в постороннем уходе и лишь 10% возвращаются к труду [1,2,3].

Согласно приказа Министерства здравоохранения РК №382 от 09.06.2011г. в г. Актобе на базе больницы скорой медицинской помощи (БСМП) был открыт региональный инсультный центр (РИЦ) из расчета 30 коек на 250 000 населения, в основу работы которого положен мультидисциплинарный принцип. Одной из задач РИЦ является внедрение высокоспециализированного метода лечения ишемического инсульта - тромболитической терапии.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности тромболитической терапии при ишемическом инсульте и динамики восстановления неврологических расстройств.

Материалы и методы. При поступлении больных в стационар первичный осмотр включал оценку соматического, неврологического статуса с использованием шкалы инсульта Национального института здоровья США (NIHSS), шкалы комы Глазго (ШКГ). Всем пациентам на уровне приемного отделения проводилась КТ головного мозга для верификации типа инсульта, а также необходимые лабораторные исследования согласно клиническим протоколам. Тромболитическая терапия (ТЛТ) проводилась согласно протоколу, в условиях блока интенсивной терапии инсультного центра. В качестве тромболитика применялся препарат «Актилизе» в дозе 0,9 мг/кг массы тела. Медикаментозный внутривенный тромболизис проводился в пределах 3-4,5 часов от начала заболевания [4,5].

Результаты и обсуждение.

За время работы ТЛТ была проведена 26-ти пациентам с ишемическим инсультом (17 мужчин и 4 женщины) в возрасте от 55 до 72 лет (средний возраст $63,5 \pm 1,3$ лет). При поступлении неврологический статус больных по шкале NIHSS приравнивался 6-15 баллам. Неврологический дефицит клинически выражался двигательными нарушениями в виде гемипареза со снижением силы мышц от 2-х до 3,5 баллов у 22 больных (84,6%), гемиплегии у 4 пациентов (16%). Также выявлялись гемигипестезия (30,8%), центральный парез лицевого и подъязычного нервов (88,5%), афатические расстройства (моторная афазия – 15,4%, сенсорная – 7,6%), выраженная дизартрия (53,8%).

В течение первых суток после проведения ТЛТ наблюдался значительный регресс неврологических нарушений у 22 больных (84,6%). При этом отмечалось полное восстановление двигательных, речевых расстройств, регресс центральной недостаточности со стороны лицевого и подъязычного нервов. У 3 (11,5%) больных на фоне ТЛТ отмечалось неполное восстановление неврологических нарушений. В 1-м (3,8%) случае наблюдалась геморрагическая трансформация инфаркта при повторной КТ головного мозга через 24 часа после ТЛТ.

Заключение. Применение тромболитической терапии в остром периоде ишемического инсульта позволяет добиться регресса неврологических расстройств с последующим восстановлением трудоспособности пациентов.

Литература:

1. Скворцова В.И., Шамалов Н.А., Анисимов К.В., Рамазанов Г.Р. Результаты внедрения тромболитической терапии при ишемическом инсульте в Российской Федерации // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – №2 (12). – С. 17-22.
2. Материалы международной науч.-практ. конф. «Клинические аспекты инсультологии. От первых симптомов до реабилитации». Из доклада д.м.н., профессора, руководителя центра научно-клинических исследований АО «ННМЦ», гл. внештатного невролога МЗ РК Жусуповой А.С. «Организация деятельности региональных инсультных центров в РК».
3. Хасанова Д.Р., Данилов В.И., Сайхунов М.В. / Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации. – Казань, Алматы, 2010. – 87 с.
4. Рекомендации Европейской инсультной организации (ESO) по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками 2008.
5. Кабдрахманова Г.Б., Ермагамбетова А.П., Сулейманова С.Ю. Опыт работы инсультного центра в Западном регионе Казахстана // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. - № 3. – Вып. 2. - С. 60-62.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С АТИПИЧНОЙ ЛИЦЕВОЙ БОЛЬЮ

Фофанова Ю.С.¹, Медведев В.Э.¹, Фролова В.И.¹, Дробышев А.Ю.².

¹ Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, РУДН;

² Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии, МГМСУ

Исследование проводилось на базе кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ
Москва, Россия

Введение. По данным литературы, в практике челюстно-лицевой хирургии и стоматологии часто (до 10 %) наблюдаются пациенты с атипичной лицевой болью (АЛБ) – болевым синдромом в челюстно-лицевой области, органической причины которого не удается установить. Психопатологическая квалификация данного расстройства практически не проводилась.

Целью настоящего исследования являлось выявление психопатологических симптомов и нозологическая квалификация психической патологии у пациентов с АЛБ.

Методы. В исследовании применялись клинико-психопатологический и психометрический методы с использованием валидизированных шкал: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессии Гамильтона, шкала тревоги Спилберга-Ханина, индекс ипохондрии Уайтли, ВРІ и ВАШ для оценки выраженности боли. В исследование включены пациенты с АЛБ, обследованные в МГМСУ им. А.И.Евдокимова с октября 2014г. по август 2015г. Критерии исключения – тяжелая соматическая патология, алкогольная и наркотическая зависимости.

Результаты. Обследовано 54 пациента с АЛБ: 45 женщин (83.3%) и 9 мужчин (16.7%) в возрасте 18-70 лет (средний возраст $39,5 \pm 14,7$ года). Выраженность боли в среднем была умеренной: $5,5 \pm 2,1$ баллов по ВАШ и $5,0 \pm 1,5$ баллов согласно опроснику ВРІ (ВРІmax). Субклинический и клинический уровни депрессии и тревоги по шкале HADS выявлены у 61.1% (33 чел.) и 79.6% (43 чел.) соответственно. Суммарные значения более 7 баллов по шкале Гамильтона определялись у 72.2% (39 чел.) Высокие показатели реактивной и личностной тревожности (46 баллов и более) по шкале Спилберга-Ханина обнаруживались у 68.5% (37 чел.) и 77.8% (42 чел.). У 75.9% пациентов (41 чел.) выявлены симптомы ипохондрии по опроснику Уайтли (32 балла и более). При клинико-психопатологическом обследовании у 67.8% пациентов (33 женщины, 4 мужчин) АЛБ реализовалась в рамках аффективных расстройств (средний суммарный балл по шкале Гамильтона 13.2 ± 3.3): у 33.6% (15 женщин, 3 мужчины) был диагностирован депрессивный эпизод, у 9.4% (4 женщины, 1 мужчина) – текущий депрессивный эпизод рекуррентного депрессивного расстройства, у 3.6% (2 женщины) – депрессивный эпизод БАР II, у 7.1% (4 женщины) – циклотимия, у 14.3% (8 женщин) – дистимия. У 10.8% пациентов (6 женщин) АЛБ расценена как проявление соматоформного болевого расстройства. В 21.4% случаев (6 женщин, 5 мужчин) диагностировано шизотипическое расстройство личности. У 87% пациентов на фоне психофармакотерапии (антидепрессанты, нейролептики) выраженность боли коррелировала с редукцией психопатологических расстройств – в среднем до 1.8 ± 0.7 (ВАШ) и $2,1 \pm 1,1$ (ВРІmax).

Выводы. АЛБ реализуется в рамках гетерогенной психической патологии. Пациенты с АЛБ нуждаются в психиатрическом обследовании и психофармакотерапии.

О ВОЗМОЖНОСТЯХ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ТИПА II

Харина Е.А., Палаева Р.И., Антохин Е.Ю.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»

Оренбург, Россия

Актуальность. Депрессия рассматривается как заболевание, в происхождение которого вносят вклад различные факторы - биологические, психологические и социальные - биопсихосоциальная модель депрессий. Биполярное аффективное расстройство (БАР) вносит значительный вклад в сокращение средней продолжительности жизни населения вследствие частых суицидов и коморбидной соматической патологии, накладывает тяжелое бремя социальных расходов как на пациента и его родственников, так и на общество в целом в связи с низким уровнем социального функционирования и качества жизни больных. БАР II типа, проявляясь на когнитивном уровне, определяет стиль мышления в виде когнитивных процессов, стимулирующих отрицательные эмоции. Причину симптомов депрессии, в том числе и при БАР II типа, когнитивная психология рассматривает в своеобразных способах самопонимания, восприятия индивидом происходящих с ним событий. [4] В настоящее время сформировался комплексный подход к оказанию помощи больным, включающий, наряду с фармакотерапией, применение методов психотерапии, психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации с бригадным ведением пациента. Несмотря на значительные достижения в области фармакотерапии депрессий доказано, что это расстройство эффективно лечится и психотерапевтическими методами, поскольку психотерапевтический опыт имеет обучающее значение для пациента. [3] Психотерапия является важным дополнением к медикаментозному лечению депрессий. В отличие от медикаментозного лечения психотерапия предполагает более активную роль пациента в процессе лечения, помогает больным развить навыки эмоциональной саморегуляции и в дальнейшем более эффективно справляться с кризисными ситуациями, не погружаясь в депрессию. Одним из наиболее эффективных и научно обоснованных методов психотерапии является когнитивно – поведенческая терапия (КПТ), которая позволяет выявить и проверить ошибочные представления и дезадаптивные умозаключения, учит пациента отслеживать свои негативные автоматические мысли, распознавать взаимосвязи между собственными мыслями, эмоциями и поведением, анализировать факты, подтверждающие или опровергающие его представления. [1,2,5]

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с диагнозом БАР типа II, текущим депрессивным эпизодом. В зависимости от получаемой терапии было выделено 2 группы обследуемых. Первую группу (ОГ) составили 20 больных (15 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 22 до 47 лет (средний возраст $33,07 \pm 8,34$ года), получавшие комплексную терапию: психотропные средства и групповая когнитивно-поведенческая терапия. В данной группе длительность заболевания составила $4,8 \pm 2,4$ года. Во вторую группу (ГС) были включены 20 пациентов (15 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 24 до 46 лет (средний возраст $32,05 \pm 9,32$ года) получавшие психофармакотерапию в сочетании с индивидуальной поддерживающей терапией. Продолжительность заболеваний в этой группе составила $4,3 \pm 1,7$ года. Из исследования были исключены больные с сопутствующей соматической патологией, сопровождающейся выраженным нарушением функции пораженной системы, с состояниями зависимости от психоактивных веществ, с депрессиями, имеющими четкую временную связь с психогенией (психогенные депрессии). Между собой обе выборки были сопоставимы по социально-демографическим параметрам, в том числе по возрастным диапазонам статистически значимых различий обнаружено не было.

Методы исследования: клинико-психопатологический с применением симптоматического опросника SCL-90-R, экспериментально-психологический – методика Е.Нейм, опросник SVF, выявление ошибок мышления по А.Беку; статистический – методы описательной статистики (расчет среднего значения и стандартного отклонения с количественным анализом данных), параметрический метод (статистический t-критерий Стьюдента, предназначенный для оценки достоверности различий в уровне исследуемого признака в двух независимых выборках; Т-критерий Вилкоксона, предназначенный для оценки достоверности различий в уровне исследуемого признака в двух зависимых выборках). Обработка данных перечисленными статистическими методами производилась с помощью стандартного пакета программ для статистического математического вычисления Statistica 6.1. for Windows. По результатам обработки статистически значимыми принимались значения при уровне $p < 0,05$.

Результаты. В обеих группах клиническая картина была представлена преимущественно проявлениями тревожной депрессии, в большинстве случаев с отсутствием моторной заторможенности, навязчивыми включениями, явлениями деперсонализации, нередко в сочетании с дисфорическим оттенком настроения. У 75% ОГ и 73% ГС наблюдалась сонливость в течение всего дня с трудностями пробуждения и ощущением усталости и разбитости, отсутствием субъективной удовлетворенности сном. Более, чем у половины пациентов обеих групп наблюдалось повышение аппетита, прибавка веса, с некоторыми отличительными особенностями - излишним потреблением сладкого. Статистически достоверных различий по результатам опросника SCL-90R выявлено не было, по всем шкалам показатели превышали нормативные значения.

Для изучения копинг-механизмов, которые позволяют выявить характерные особенности адаптации, проявляющиеся в поведении и отражающиеся в клинической картине, была использована методика SVF, выделяющая 19 модальностей копинг-стратегий с разной адаптивностью, и методика Е.Нейм, позволяющая определить структуру и способы копинг-поведения, имеющего целью дезактуализацию психологически фрустрирующей ситуации и адаптацию к сложившимся обстоятельствам, успешную или безуспешную.

В целом в двух изучаемых группах показатели неадаптивных копинг-стратегий преимущественно преобладают над адаптивными во всех сферах: когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Ведущими оказались «мыслительное застревание», «отчаяние» и «агрессия» (неадаптивные варианты) и относительно адаптивный вариант копинга «отвлечение от ситуации». В результате статистической обработки достоверных различий по уровню выраженности тех или иных копинг-стратегий в исследуемых группах до терапии выявлено не было.

Для выявления ошибок мышления был использован опросник ошибок мышления по А.Беку. В обеих группах наиболее высокие показатели получены по параметрам «все или ничего», «катастрофизация». «Черно-белое» мышление предполагает рассмотрение ситуаций исключительно в двух полярных категориях без возможности других промежуточных вариантов. «Катастрофизация» представляет собой тенденцию видеть большинство трудностей своей жизни как непреодолимые препятствия, ведущие к глобальным негативным последствиям, разочарованию, неизбежности катастрофического исхода, провала. Именно такой способ мышления является характерным для лиц с преобладанием тревожного компонента в клинике депрессии. Также довольно высокими оказались параметры «недооценки положительных аспектов» (недооценка собственных достижений, занижение значимости положительных результатов, успехов), «персонализации» (приписывание ответственности за различные события и явления без учета более правдоподобных объяснений, убежденность в негативном отношении к ним окружающих), «чтения мыслей» (уверенность в том, что осведомлены, о чем думают другие, как правило, в негативном ключе), «тирания долженствования» (жесткая

убежденность, труднокорректируемые представления о том, как должны вести себя и окружающие и сам пациент, преувеличение негативных последствий в случае отсутствия реализации этих ожиданий).

Таким образом, в обеих исследуемых группах до начала терапии не было выявлено статистических различий по показателям клинических проявлений, копинг-механизмов и частоты ошибок мышления, со смещением последнего к дезадаптивному полюсу. Оценка состояния больных после терапии выявила положительную динамику аффективного статуса в обеих группах. Наблюдалось статистически достоверное снижение ($p < 0,05$) тревожности (с 2,03 до 0,04 в ОГ и с 2,01 до 0,03 в ГС), депрессивности (с 1,88 до 0,98 в ОГ и с 1,86 до 1,11 в ГС), соматизации (с 1,73 до 0,87 в ОГ и с 1,8 до 0,98 в ГС), межличностной сенситивности (с 1,69 до 1,02 в ОГ и с 1,73 до 1,0 в ГС), индекса выраженности симптомов (с 1,71 до 0,67 в ОГ и с 1,69 до 0,59 в ГС).

Структура копинг-поведения претерпела позитивную динамику в большей степени в среде больных, получавших групповую КПТ, со снижением дезадаптивных способов преодоления стрессовых ситуаций и повышением роли конструктивных модальностей. В обеих группах прослеживается повышение использования адаптивных копингов – «сохранение самообладания», «установка собственной ценности», «проблемный анализ». В ОГ также отмечено статистически достоверное снижение неадаптивных когнитивных копинг-механизмов – «растерянность», «игнорирование», «диссимуляция», «смирение» (с 2,28 до 1,68, $p < 0,05$). Также в этой группе достоверно снизилась частота использования неадаптивных поведенческих копингов «отчаяние», «активное избегание», «самообвинение» (с 2,14 до 1,59, $p < 0,05$). В ГС также снизились показатели «самообвинения», «отступления» (с 53,1 до 50,2, $p < 0,05$), повысилась частота использования относительно-адаптивного «заместительного удовлетворения» (с 48,9 до 50,8, $p < 0,05$). Адаптивные копинги у больных ГС остались на прежнем уровне, при этом достоверно чаще стал применяться неадаптивный механизм «мыслительное застревание» (с 50,4 до 60,2, $p < 0,05$).

В результате терапии в ОГ наблюдается статистически достоверное снижение показателей по таким ошибкам мышления, как «все или ничего» (с 2,5 до 0,9, $p < 0,05$), «катастрофизация» (с 3,6 до 1,2, $p < 0,05$), «долженствование» (с 1,8 до 1,2, $p < 0,05$). В ГС статистически значимых изменений по частоте встречаемости ошибок мышления не произошло, хотя имеет место небольшая тенденция к положительной динамике, но по показателям «чтения мыслей», «преувеличения/приуменьшения» прослеживается увеличение показателей, что говорит о склонности интерпретировать события на основании текущих эмоций, без объективной оценки реальных фактов.

Заключение. Клиника в обеих исследуемых группах до терапии была представлена депрессивным синдромом с преимущественно тревожной составляющей. По показателям копинг-стратегий и особенностям мышления существенных различий между группами выявлено не было. В результате проведенного лечения получены результаты, говорящие об эффективности использования помимо психофармакотерапии групповой КПТ. На это указывает положительная динамика в структуре копинг-стратегий, что позволяет пациентам лучше осознавать личную роль в происходящих событиях с возможностью предпринимать действия для изменения сложившейся ситуации. В группе пациентов, получавших психотропные препараты и индивидуальную поддерживающую психотерапию, достоверной положительной динамики в сфере различных вариантов копинг-поведения не наблюдается. В большей степени показательным явилось влияние проводимой КПТ на когнитивную составляющую в виде отчетливой динамики ошибок мышления в ОГ. Таким образом, проведенное исследование показывает, что комплексная терапия биполярной депрессии с сочетанием психофармакотерапии и групповой КПТ способствует не только улучшению психического состояния, но и повышает адаптивность личностных ресурсов (структура копинг-механизмов, способов мышления).

Литература:

1. Антохин Е.Ю., Марченко Т.В. Динамика клинических проявлений, патопсихологических процессов и свойств личности больных эндогенной депрессией в различных моделях терапии.
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб, 2003, с. 205.
3. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М: Практическая медицина, 2011.
4. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии. // МПЖ. - МПЖ, - № 3/1996, с. 141-163.
5. Эллис А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают. МПЖ, - № 1/1994, с. 47.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В ХОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Хрущ А.И.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им.
Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва, Россия

Актуальность. Подростки с речевой патологией, обладая сохранным интеллектом, оказываются некомпетентными при установлении социальных связей. Успешность процесса их социальной интеграции во многом определяется степенью сформированности вербальных и невербальных средств коммуникации.

Цель работы: изучение механизмов коммуникативных трудностей и принципов развития компетентности в ходе оказания комплексной полипрофессиональной помощи пациентам с речевой патологией.

Материалы и методы. Проведено исследование уровня развития коммуникативной компетентности и социальной адаптации подростков. Общее число наблюдений – 85; средний возраст – 12+/-0,5 лет. Критерием включения в экспериментальную группу являлось наличие речевой патологии (дислалия, дизартрия, дисграфия, дислексия).

Результаты и их обсуждение. При исследовании уровня сформированности основных коммуникативных умений у подростков с речевой патологией выявлено значительное преобладание незталонных (агрессивных и зависимых) коммуникативных реакций, что свидетельствует о низком уровне их коммуникативной компетентности. В экспериментальной группе преобладание зависимости в общении выявлено у 45 % испытуемых, преобладание агрессивности в общении - также 45 %, преобладание компетентности в общении – лишь у 10 % подростков, при этом имеется связь между формой нарушения речи и типом коммуникативного стиля. Коммуникативная компетентность подростков с речевой патологией (овладение навыками речевого общения, восприятие, оценка и интерпретация коммуникативных действий, планирование ситуации общения) формируется под влиянием специфики речевого нарушения, которое оказывает влияние на формирование мотивационной сферы.

В ходе формирующего эксперимента традиционная методика преодоления нарушений речи дополнялась блоком коммуникативной направленности, который реализовывался на психологических и психотерапевтических занятиях. Работа осуществлялась в рамках коммуникативного подхода и предполагала введение подростков в речевую ситуацию и формирование у них умения ориентироваться в условиях общения, т.е. представлять собеседника и задачи общения. Согласованными усилиями логопеда, психолога, психотерапевта большое внимание на занятиях уделялось созданию коммуникативной атмосферы, что повлекло за собой изменение роли подростка в коррекционно-развивающем процессе: подростки стали выступать как активные

партнеры по общению, которые самостоятельно и осознанно используют языковые и речевые средства.

В рамках коммуникативного блока психологом и психотерапевтом использовались коммуникативные условно-импровизационные имитации и свободное общение. Каждое коммуникативное упражнение имело определенную коммуникативную задачу, представляя собой заданную специалистом проблемную ситуацию, предполагало развертывание коммуникативных отношений в заданных условиях общения, активное речевое взаимодействие с целью разрешения проблемной ситуации. Коммуникативные задания выполнялись подростками в условиях эмоционального оживления, свободного передвижения по кабинету, однако их коммуникативно-речевая деятельность сохраняла характер развивающей процедуры.

При динамическом исследовании качества сформированности основных коммуникативных умений и социальной адаптации у подростков в экспериментальной группе выявлена значительная положительная динамика, выразившаяся в преобладание эталонных (партнерских, компетентных) коммуникативных реакций над преобладавшими на констатирующем этапе агрессивными и зависимыми ($p < 0,05$), при этом различия в динамике коммуникативной компетенции между экспериментальной и контрольной группой были статистически значимы ($p < 0,05$).

Заключение. Формирование собственно коммуникативных компетенций возможно при условии согласованного взаимодействия специалистов (логопед, психолог, психотерапевт, психиатр) в психореабилитационном процессе. В существующей системе помощи подросткам с речевой патологией большое внимание уделяется коррекции лексико-грамматических средств языка, а психологической работе по формированию коммуникативных компетенций должного значения не придается. При оказании специализированной помощи пациентам подросткового возраста их коммуникативное поведение следует рассматривать как ведущую составляющую адаптивной оснащенности личности. Вербальное коммуникативное поведение необходимо отрабатывать в ходе коррекционно-развивающих логопедических занятий, психологических тренингов, психотерапевтических сессий на примере различных коммуникативных ситуаций, уделяя особое внимание формированию эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов коммуникативной компетентности.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ДЕПРЕССИИ В ХРОНИЧЕСКУЮ ФАЗУ ИНСУЛЬТА

Чалая Е.Б.¹, Будза В.Г.¹, Чалый В.А.¹, Чалая И.В.², Антохин Е.Ю.¹

¹ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ;

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

Оренбург, Россия

В настоящее время придается важное значение лечебно-реабилитационным мероприятиям при церебральном инсульте. В России насчитывается более 1 млн больных, перенесших инсульт, ведение которых является актуальной проблемой неврологии [1]. После перенесенного инсульта 15—30% больных имеют выраженную инвалидность и около 40% — умеренную [1,2]. Инвалидность определяется не только двигательными, чувствительными, речевыми, когнитивными расстройствами, но и эмоциональными нарушениями. Весьма распространенными в психопатологической симптоматике больных, перенесших ишемический инсульт, являются аффективные расстройства, из которых почти у трети больных возникает депрессия [1,2]. Постинсультная депрессия затрудняет восстановление и реабилитацию, снижает социальную активность и усугубляет инвалидность [3,4]. Развитие депрессии после инсульта может быть связано как с более высокой вероятностью поражения структур головного мозга, отвечающих за контроль эмоционально-волевой сферы у данной

категории пациентов, так и носить реактивный характер в ответ на инвалидизацию пациента [2,5]. Однако значительная часть пациентов с постинсультной депрессией не получает лечение, потому что эмоциональные расстройства не диагностируются или расцениваются как адекватная реакция на заболевание, инвалидность, утрату социального статуса [2,3].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических вариантов и динамики депрессивных состояний в хронической фазе инсульта.

Материалы и методы. В целях полноценного анализа динамики нервно-психических расстройств в постинсультном периоде, мы разделили больных на три группы в зависимости от давности инсульта. Первая группа (от 2-х месяцев до 1 года) - поздний восстановительный этап; вторая группа (от 1-го года до 3-х лет) – ранний резидуальный; третья группа (свыше 3-х лет после развития инсульта) – поздний резидуальный этап. Клинико-психопатологическим методом обследован 161 больной (109 мужчин и 52 женщины), которые перенесли ишемический инсульт в возрасте от 35 до 68 лет (средний – 55 лет). Срок давности инсульта к моменту исследования у 66 больных составил от 2-х месяцев до 1-го года (поздний восстановительный этап), у 56 – от 1-го года до 3-х лет (ранний резидуальный этап), у 39 – более 3-х лет (поздний резидуальный этап). Из 161, у 131 больного имелись различные двигательные нарушения (основная группа). Остальные 30 человек составили контрольную группу.

Результаты и обсуждение. Выявлено несколько клинических разновидностей депрессии. Тревожная депрессия с чувством внутреннего беспокойства, преувеличением тяжести своего состояния в ранний восстановительный период установлена у 66,7%, в поздний - у 50%, в средний - у 14,3% больных. Тревога проявлялась значительной выраженностью. В отличие от больных с тоскливой депрессией, они не оставались пассивными и в противоречие со своей субъективной оценкой будущего (в частности перспектив лечения), стремились, во что бы то ни стало, избавиться от болезни, активно обращаясь за помощью к врачам. Тоскливая депрессия выявлена в средний восстановительный период у 42,8%, в поздний - у 30%, в ранний – у 25% больных. Клинические проявления характеризовались сочетанием идей обвинения окружающих и собственной малоценности из-за необходимости постоянно прибегать к помощи посторонних. Депрессия у некоторых больных имела меланхолический оттенок. Утяжеление депрессивной симптоматики, нарастание раздражительности было связано с ухудшением соматического состояния, которое можно было рассматривать как источник психотравмирующей ситуации. Усиление депрессии, в свою очередь, способствовало усугублению соматических расстройств и формированию психосоматического цикла, в котором психогенное и соматогенное выступали в форме то причины, то следствия. Депрессивные переживания проецировались на будущее (утрата надежд на ликвидацию двигательного дефекта). Мысли о предпочтительности смертельного исхода возникали только при ухудшении соматического состояния и являлись своеобразным отражением (реакцией) на тяжесть соматических расстройств. Отчётливо звучало переживание психотравмирующего фактора, которым для больных являлось ограничение движений и изменение, в связи с этим, образа жизни. Астеническая депрессия характеризовалась реакциями раздражительной слабости, ощущением постоянной усталости, в связи с чем больные осознанно создавали себе ограничительный режим. Диагностирована в среднем восстановительном период у 42, 8%, в позднем – у 20%, в раннем - у 8,3% пациентов. На первый план выступала симптоматика собственно астении с гипотимией печально-боязливого или мрачно-апатического оттенков. В контрольной группе выявлен только астенический вариант депрессивного синдрома у 25% больных.

Заключение. Таким образом, выявлено преобладание тревожного аффекта в депрессивной симптоматике у больных раннего восстановительного периода, тоскливости и астении – в средний восстановительный периоды. Полученные данные свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики и лечения постинсультных депрессивных

расстройств, что будет способствовать улучшению не только качества жизни больных, но и функционального восстановления.

Литература:

1. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. Москва: МИА; 2012. 288 с.
2. Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012;4(4):84–8.
3. Дамулин И.В., Кононенко Е.В. Двигательные нарушения после инсульта: патогенетические и терапевтические аспекты. Consilium medicum 2007;5(2):64–70.
4. Сворцова В.И., Концевой В.А., Петрова Е.А., Савина М.А. Депрессии и парадепрессивные расстройства при церебральном инсульте: вопросы клинической оценки, диагностики и коррекции. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009;109(9):4–11.
5. Будза В.Г., Чалая Е.Б. Особенности пограничных нервно-психических расстройств, возникающих в хронической фазе инсульта при нарушениях двигательной функции. Социальная и клиническая психиатрия. 1997; Т.7,3:31-37.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНОГО АДАПТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД.

Чемезов А.С., Абрамова Т.Н.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. В последнее время современная психиатрия и психология стремится к глубокому и полному раскрытию всех аспектов личности больных, страдающих шизофренией. Это необходимо для того, что бы добиться более продуктивного функционирования пациентов, с данным расстройством, в современном обществе [1]. Каждый индивид пользуется различными копинг-стратегиями в разной степени, развивая свою персональную систему защиты. Как мы понимаем, копинг-стратегии не могут не сказываться на особенностях личностного адаптивного потенциала больных шизофренией [2]. На основании выше сказанного, комплексное изучение таких двух феноменов как личностный адаптивный потенциал и копинг-стратегии представляется актуальной задачей, решение которой может способствовать снижению многих социальных и личностных проблем психически больных, создать условия для повышения эффективности лечебного и реабилитационного процесса.

Целью настоящего исследования является выявление взаимосвязи адаптивных особенностей личности с копинг-стратегиями у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие пациенты с первым психотическим эпизодом в возрасте от 16 до 45 лет. Для исследования личностного адаптивного потенциала была использована методика МЛЮ «Адаптивность». Для оценки преобладающих копинг-стратегий применялась методика Е. Heim «Способы преодоления критических ситуаций». Анализ взаимосвязи проводился при использовании статистического метода (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Результаты и обсуждение. После подсчетов результатов выявлено, что подавляющее большинство выборки (75%) относятся к группе с низким уровнем адаптации. Лица этой группы обладают низкой нервно-психической устойчивостью, конфликтны, могут допускать делинквентные поступки. В группу удовлетворительной адаптации вошло 23% опрошенных. Это означает, что лица этой группы обладают признаками различных акцентуаций, которые в привычных условиях частично компенсированы и могут проявляться при смене деятельности. Поэтому успех адаптации во многом зависит от внешних условий среды. В группу высоких адаптационных возможностей вошло 2% из выборки. Лица данной группы легко адаптируются к новым

условиям жизни, достаточно свободно и адекватно ориентируются в ситуации, быстро вырабатывает стратегию своего поведения и социализации. Таким образом, можно в целом сделать вывод о том, что преобладает низкий уровень развития личностных адаптационных способностей у испытуемых.

Для определения структуры и особенностей копинг-поведения (поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий преодоления трудностей), была использована методика Е. Нейм «Способы преодоления критических ситуаций». Прослеживается преобладание неадаптивных копинг-стратегий (81%) у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод. У 15% от общего числа исследуемых - относительно адаптивные копинг-стратегии и 4% продемонстрировали наличие адаптивных копинг-стратегий. Таким образом, для больных характерно преобладание относительно адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий в когнитивной сфере, неадаптивных в эмоциональной и поведенческой сферах.

Для анализа возможной взаимосвязи личностного адаптивного потенциала и копинг-стратегий больных шизофренией перенесших первый психотический эпизод был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена. На основании представленных данных можно говорить о том, что личностный адаптивный потенциал и адаптивные копинг-стратегии больных шизофренией демонстрируют взаимосвязь сильную и обратную ($r = -0,606^{**}$, $-0,426^{**}$, $-0,789^{**}$). В свою очередь неадаптивные копинг-стратегии имеют сильную и прямую взаимосвязь с личностным адаптивным потенциалом ($r = 0,665^{**}$, $0,476^{**}$, $0,729^{**}$).

Заключение. Проведение взаимосвязи с исследуемыми феноменами говорит о взаимовлиянии их друг на друга. Плохие адаптивные способности вытекают из дезадаптивных копинг-стратегий [3]. Так же личностные особенности напрямую связаны с низким уровнем адаптационного потенциала больных.

Литература:

1. Гурович И. Я., Шашкова Н. Г., Висневская Л. Я., Худавердиев В. В. Особенности клиники и социальной адаптации больных шизофренией на этапе стабилизации (по материалам амбулаторной практики). В: Смулевич А. Б. (ред.). Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М: Медицина; 1999. 77-97.
2. Белан Е.А. «Закономерности организации совладающего поведения в сочетании с типом образа трудной ситуации. Социальная психология XXI столетия. Т1». / Под редакцией Козлова В.В. – Ярославль, 2005. – С. 316.
3. Бодров В.А. «Проблема преодоления стресса. «Copingstress» и теоретические подходы к его изучению // Психологический журнал». 2006. №1. С.122-133.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАЛИЧИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ.

Чемезов А.С.¹, Рамзова О.Е.², Юлтыева Д.И.¹

¹ ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ

² Центр психического здоровья, Клиника ОрГМУ

г. Оренбург, Россия

Актуальность. Исследование постшизофренических депрессий на протяжении многих десятилетий остается актуальной проблемой психиатрической науки и практики [1]. Установлено, что данная депрессия отмечается в среднем у 25–30% пациентов больных шизофренией и уже непосредственно после ослабления параноидной симптоматики или в течение ближайших шести месяцев после выписки [3]. Постшизофреническая депрессия развивается преимущественно при наличии ряда следующих факторов, которые зависят от течения шизофрении. Первый фактор - это существование депрессивных эпизодов в предболезненном периоде. Вторым фактором является более поздняя манифестация шизофрении. И третьим фактором выступает менее

яркая продуктивная симптоматика с более благоприятным течением и преобладанием параноидных форм шизофрении с частыми и одновременно недолгими госпитализациями [2]. Исследователями было показано, что постшизофреническая депрессия в сравнении с параноидной симптоматикой имеет большую длительность протекания почти в два раза. Причем ее развитие может наблюдаться при различной глубине дефицитарной симптоматики. Постшизофреническая депрессия существенно влияет на социальный прогноз больных шизофренией и на течение заболевания в целом, поэтому изучение ее выраженности и наличия в зависимости от терапии поможет более точной постановке диагноза и разработке новых методов коррекции проводимого лечения.

Целью данного исследования является изучение наличия и выраженности постшизофренической депрессии у больных с параноидной формой шизофрении в зависимости от проводимой терапии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие пациенты в возрасте от 19 до 55 лет, страдающие постшизофренической депрессией, проходившие комплексную терапию и пациенты с диагнозом постшизофреническая депрессия, проходившие фармакотерапию.

Для оценки выраженности расстройств депрессивного спектра у больных шизофренией использовался клинико-психологический метод шкала Калгари. Для изучения различий применяемой терапии использовался статистический метод U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. После подсчета результатов выявлены высокие баллы выраженности депрессивной симптоматики у пациентов с постшизофренической депрессией, проходивших как фармакотерапию ($9,68 \pm 3,84$), так и комплексную терапию ($9,47 \pm 2,47$). Кроме того у пациентов, проходивших комплексную терапию, отмечаются подавленность, пессимистические оценки себя, своего положения в настоящем и будущем, идеи самоуничтожения, нарушение сна. У больных получавших фармакотерапию выявлены так же снижение настроения, подавленность, отсутствие интересов, чувство неполноценности, низкая самооценка, неловкость при межличностном взаимодействии.

После проведенной терапии показатели выраженности депрессивной симптоматики у группы больных, проходивших комплексную терапию значительно ниже ($3,45 \pm 0,69$), нежели у больных, проходивших исключительно фармакотерапию ($6,54 \pm 1,03$). Положительная динамика была подтверждена статистическим методом:

- у пациентов с постшизофренической депрессией, проходивших комплексную терапию ($U_{\text{эмп}}=5,7$, при $p \leq 0,01$);

- у пациентов с постшизофренической депрессией, проходивших фармакотерапию ($U_{\text{эмп}}=8,7$, при $p \leq 0,01$).

Заключение. Подавленность, отсутствие интересов и другая депрессивная симптоматика значительно снизилась. Комплексная терапия помогла больным не только в устранении клинических симптомов, но и в социализации, адаптации в обществе. На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что комплексный подход, включавший в себя фармакотерапию и когнитивную психотерапию, имеет наибольшую эффективность, в отличие от лечения постшизофренической депрессии исключительно фармакотерапией.

Литература:

1. Хломов Д. Н., Гаранян Н. Г. — Журн. невропатол. и психиатр., 1982 № 12 с. 113—116
2. Жислин С. Г. О некоторых клинических зависимостях, наблюдающихся при лечении нейролептиками // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1962. — Т. 62, вып. 2. — С. 161—169.

3. Авруцкий Г. Я. Изменение клиники и течения психозов в итоге массовой психофармакотерапии и их значение для совершенствования лечебной помощи // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1997.-№6.- С.1394.

ЗАВИСИМОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОТ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Чехонадский И.И., Смирнова С.А.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»
Оренбург, Россия

Во всем мире происходит рост числа психически больных людей. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения к 2020 году психические расстройства войдут в первую пятерку болезней, ведущих к потере трудоспособности. В мире в психиатрической помощи нуждаются около 15% населения, то в России их число достигает 25%. По данным официальной статистики РФ по сравнению с концом XX века, количество пациентов, нуждающихся в психиатрической помощи, увеличилось почти в 2 раза. Структурно-ранговое распределение динамики роста распространенности психических расстройств в соответствии с МКБ X пересмотра за более чем 20 летний период соответствует шизофрении, маниакально-депрессивный психоз и эпилепсия (по среднему значению показателя). Невротические расстройства и депрессии в ряде регионов стали занимать второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. По данным многочисленных публикаций, одной из причин нарушения психического здоровья является стресс. Доказанность связи психических расстройств и соматических проявлений заболеваний объясняется частотой встречаемости 80% заболеваний желудочно-кишечного тракта, нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой, кожной систем как следствия хронических стрессов. Во многом, состояние психического здоровья человека определяют образ жизни и социально-экономические условия. Низкий уровень жизни и неуверенность в завтрашнем дне порождают стрессовые и депрессивные состояния, которые, безусловно, повлияют на развитие болезней, результатом которых может быть и преждевременная смертность.

Целью исследования явилось нахождение зависимости показателя заболеваемости и смертности вследствие психических расстройств в Оренбургской области. Использовался статистический метод исследования. Источником информации явились данные из Статистических сборников Территориального органа Федеральной службы государственной статистики, а также Сборников министерства здравоохранения Оренбургской области «Заболеваемость населения» за 2005-2014гг. В статистической обработке была использована программа STATISTICA 6,0 (Метод корреляционного анализа).

По результатам проведенного исследования, динамика распространенности психических расстройств среди взрослого населения Оренбургской области имеет положительную тенденцию. Среди взрослого населения психические расстройства, связанных со стрессом, за период с 2005 года по 2014 год, выросли на 30,3%. В динамике смертности взрослого населения Оренбургской области наметилась тенденция к снижению, как и в целом в большинстве субъектов РФ. Однако ее нельзя характеризовать как стабильную в связи с постоянно происходящими экономическими, политическими изменениями в стране и мире. Нами выявлена сильная связь между показателем психических заболеваний населения и уровнем смертности ($r=0,7$; $F(1,21)=9,8$; $p<0,01$ $t=1,7$). Следует вывод о существующей зависимости уровня смертности от уровня заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения. Сохранение психического здоровья должно стать одной из приоритетных задач в рамках региональной демографической политики Оренбургской области.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ВРОЖДЁННЫЙ ТРАНЗИТОРНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ

Шарипова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Tel+998903259812. E-mail: farida48@mail.ru

Цель исследования: изучение влияния перинатальной патологии на психомоторное развитие детей раннего возраста, перенесших врождённый транзиторный гипотиреоз.

Материал и методы. Обследовано 156 беременных и их дети в возрасте от 0 до 3 лет. Контрольную группу составили 30 беременных, родившие детей с нормальными показателями тиреоидной активности в неонатальном периоде. В основную группу вошли 126 беременных, родивших детей, перенесших врождённый транзиторный гипотиреоз.

Динамика психомоторного развития детей первых 3 лет жизни исследована с использованием методов клиничко-психопатологического наблюдения (клиническое психиатрическое интервью, адаптированное к детскому возрасту, основанное на клинической классификации психопатологических синдромов, специфичных для детского возраста) и патопсихологического, в том числе метода психологического эксперимента.

Результаты и их обсуждение. Анализ состояния соматического здоровья женщин, родивших детей с неонатальным гипотиреоидным состоянием показал, что среди заболеваний матери наибольшее значение для развития гипофункции ЩЖ у младенца имеют эндокринные заболевания и различные длительно текущие инфекционно-воспалительные процессы в организме, независимо от их локализации (кольпиты, хронические заболевания почек, печени и т.д.)[1,3].

Вместе с тем, в возникновении транзиторного гипотиреоза весомое значение имеют неблагоприятные перинатальные факторы. Анализ течения беременности показал, что среди осложнений гестационного процесса в основной группе беременных отмечено увеличение в 1,5 раза частоты поздних токсикозов, анемии, в 2 раза острых воспалительных процессов (ОРВИ, обострение хронического пиелонефрита, тонзиллита, кольпитов различной этиологии)[2]. Обращает на себя внимание высокая частота хронической внутриутробной гипоксии плода, диагностированная у 63,3 % беременных, родивших детей с неонатальным гипотиреоидным состоянием, в то время как в группе беременных, родивших детей с нормальными показателями тиреоидной функции, эти осложнения встречались в 2 раза реже (27,0 %).

В группе пациенток, родивших детей с гипотиреоидным состоянием, значительно чаще отмечены преждевременные роды (12,5 % и 1,5 % соответственно), в 1,7-1,8 раза чаще диагностировались такие осложнения как преждевременное излитие вод и аномалии родовой деятельности.

Увеличение частоты осложненного течения родов обусловило и повышенную частоту оперативного родоразрешения у пациенток, родивших детей с патологически высоким уровнем ТТГ. В этой группе операции кесарева сечения или акушерские щипцы были применены у 12,5 % рожениц, тогда как у рожениц контрольной группы – 3,6 % случаях. Отмечено преобладание частоты острой асфиксии у младенцев при рождении в основной группе – 48,9 % против 20,1 % в контрольной группе. Кроме того, частота осложненного течения раннего неонатального периода была значительно выше у детей, родившихся со сниженной функцией щитовидной железы. Такие осложнения как нарушения гемодинамики, врожденная пневмония, синдром дыхательных расстройств, конъюгационная желтуха, позднее отпадение пупочного канатика, врожденные аномалии развития наблюдались в 3-5 раз чаще, чем в контрольной группе.

Динамическое наблюдение за детьми до 3 лет, родившихся с перинатальной патологией и перенесших врожденный транзиторный гипотиреоз, показало значительные отклонения в психомоторном развитии по сравнению с детьми контрольной группы.

Так, анализ формирования грубой моторики начинался с определения сроков созревания отдельных двигательных функций - самостоятельное держание головы, сидение, ходьба, возможность овладения простыми и сложными двигательными актами. Самостоятельно держать головку в 3 месяца начали 56 % детей основной группы, соответствующие возрастной норме. Раньше этого срока начали держать голову 23 %, позже - 21 % детей данной группы. В контрольной группе 65% детей самостоятельно держали голову в 3 месяца, 31 % -раньше возрастного срока, а у 4 % детей эта функция сформировалась в более поздние сроки.

Устойчивое сидение в 6 месяцев было отмечено у 69,1 % детей основной группы и у 89,3 % детей контрольной группы, позже (7-12 мес) этим двигательным навыком овладели также 24,3 % детей основной группы и 2,9 % в контрольной группе, в более ранние сроки (до 6 мес) -6,6 % детей основной группы и 7,8 % в контрольной группе. Ходить в сроки 9-15 месяцев начали 55 % детей основной группы и 89,9 % детей контрольной группы, после 15 месяцев - 16,6 % детей основной группы и 3,4 % в контрольной группе.

Общая двигательная активность детей до года у (40 % и 23 % соответственно в основной и контрольной группе) характеризовалась гиподинамией, дети описывались родителями как "пассивные, чрезмерно спокойные". 21,6 % детей основной группы и 5,6 % в контрольной группе в этом возрасте были беспокойными: вырывались из рук, бросали игрушки. У 8 детей основной группы в возрасте до года отмечены стереотипные движения рук и головы.

На следующем этапе развития от 1 года до 3 лет у 45 % детей основной против 13,5 % детей контрольной группы двигательные акты отличались неловкостью, бедностью, были замедленными. 20 % детям основной группы против 5,3 % детям в контроле не удавались сложные двигательные акты (подпрыгивания на месте, перебрасывания мяча, балансировка на одной ноге).

У 46 % детей основной и 20 % детей контрольной группы обнаружилась задержка развития навыков самообслуживания за счет нарушения развития моторных компонентов.

Общая двигательная активность характеризовалась следующими особенностями- 36 детей были расторможены, гипердинамичны, суетливы, а 48 детей гиподинамичными, чересчур спокойными, пассивными. Движения были бедными, невыразительными, скованными. **Выводы:** проведенные исследования показали существенное значение неблагоприятных перинатальных факторов (заболевания щитовидной железы матери, хронической генитальной и экстрагенитальной патологии, осложнений беременности и родов) в возникновении врожденного транзиторного гипотиреоза. У детей перенесших врожденный транзиторный гипотиреоз наблюдалась некоторая задержка моторного развития, также отмечалось неравномерность развития тонкой и грубой моторики, которая проявлялась преимущественным отставанием созревания тонких двигательных актов в сочетании с недостаточной координацией движений.

Литература:

1. Алиева Т.М. Влияние йоддефицитных состояний на функциональные особенности тиреоидной паренхимы плода и новорожденного. Материалы международной научной конференции. Тверь, Россия. 23-24 октября 2003г.: 103-107.
2. Дедов И.И., Петеркова В.А., Безлепкина О.Б. Врожденный гипотиреоз у детей (ранняя диагностика и лечение). Методические рекомендации. М., 1999.
3. Hetzel B.S. The Lancet.-1983; Vol.2, №8359: 1126-1129.

К ВОПРОСУ О СЛОЖНОСТЯХ ПОЛУЧЕНИЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОСМЕРТНЫХ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Шкитырь Е.Ю., Александрова Н.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и
наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ
Москва, Россия

В последние годы наблюдается рост количества завершенных суицидов среди несовершеннолетних, так, по данным государственной статистики, количество несовершеннолетних, покончивших с собой, оставляет 13,4% от общего числа умерших от неестественных факторов. По суицидальной ситуации среди оконченных попыток несовершеннолетних РФ занимает первое место в мире. Посмертные психолого-психиатрические экспертизы несовершеннолетних традиционно относятся к наиболее сложным видам экспертиз в уголовном процессе, поскольку анализу подвергается период, предшествующий совершению суицида, а также сам юридически значимый для следствия период. Необходимо учитывать, что в указанный период на психическое состояние подростка оказывает влияние целая совокупность факторов, а именно: психогенные, социально-психологические, соматогенные, возможное употребление ПАВ в юридически значимый период, наличие каких-либо психических расстройств и т. д. Безусловно, особая трудность подобных экспертиз связана с невозможностью непосредственного обследования несовершеннолетнего, в отношении которого проводится экспертиза. Первостепенным отличием посмертных экспертиз является необходимость вынесения экспертного заключения лишь на основании изучения материалов уголовного дела и различных данных, характеризующих личность несовершеннолетнего суицидента. В связи с этим возникают значительные проблемы из-за отсутствия объективной информации, необходимой для вынесения экспертной оценки. Необходимым источником сведений о суициденте в первую очередь является его семья: родители, братья и сестры, и другие, более близкие погибшему, родственники семьи. Чувства потери, горя, вина делают затруднительным сбор следственными органами значимой информации. Семья суицидента часто дает свою только им приемлемую оценку произошедших событий, со своим субъективным видением трагедии, не всегда отличающихся необходимой беспристрастностью суждений. При этом может наблюдаться неосознанное умалчивание значимой информации о конфликтах, произошедших накануне, либо о проблемах, имевшихся у ребенка, на которые родители по каким-либо причинам не обращали должного внимания (например, с младшего школьного возраста у суицидента отмечался чрезмерно повышенный интерес к смерти, который родители и знакомые семьи относили к «детским причудам», проходящему увлечению, либо списывали на выбор будущей профессии ребенка (врач). Очевидно, что от самого факта самоубийства несовершеннолетнего страдают как родственники суицидента, так и при получении широкой огласки – друзья, одноклассники, учителя (т.е., школьное окружение). При повышенной эмоциональности данных людей, вопросы следственных органов вызывают реакцию негативизма и отторжения, что наряду с боязнью быть обвиненным в пособничестве к доведению до самоубийства приводит к даче формальных показаний, либо вообще к сокрытию важной для экспертов информации (предшествующих конфликтов, ссор с любимым человеком, других межличностных взаимоотношений суицидента; длительной внутренней дисгармонии). К тому же в последнее время все более широко распространенным становится практика, когда родители друзей и одноклассников суицидента запрещают дополнительно опрашивать своих детей, во избежание получения ими дополнительных психологических травм. Необходимо отметить, что в жизни подростков последние годы все большее значение приобретает общение в различных социальных сетях; помимо того, что

несовершеннолетние проводят неоправданно много времени за компьютером, даже несмотря на протесты родителей с возможным последующим за этим наказанием в виде лишения доступа к гаджетам и, соответственно, Интернету, подростки входят в социально опасные группы, которые находятся в открытом доступе, посвященные суициду; в личной переписке затрагивают тему «нежелания жить», «бесмысленности жизни», эффективности способов самоубийства, ищут себя партнеров по суициду. К сожалению, не всегда следственные органы могут предоставить эти сведения, а иногда и сами подростки из окружения суицидента удаляют свои аккаунты под нажимом родителей, либо собственных страхов быть разоблаченными в связи с произошедшими событиями. Таким образом, исследование парасуицидального поведения, основанное на более достоверных сведениях, полученных из характеристик и показаний свидетелей, позволяет получить достаточно подробное и точное представление о мотивации суицидентов, а также о факторах, под воздействием которых принималось намерение о самоубийстве. Это, в свою очередь, обеспечивает наиболее квалифицированные диагностические и экспертные выводы.

РЕЛИГИОЗНОСТЬ ЛИЧНОСТИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С УРОВНЕМ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА.

Шуненков Д. А.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ
Иваново, Россия

Актуальность. В последнее время наблюдается более глубокое понимание важности оценки и учета религиозной составляющей при лечении больных психиатрического профиля. Научные исследования указывают на взаимосвязь между религией, духовностью, умственным и физическим здоровьем. Считается, что религиозность ассоциирована с более низким уровнем самоубийств, меньшим риском токсикомании, меньшей выраженностью тревоги и депрессии [2]. Согласно другой точке зрения высокий уровень религиозности может негативно сказываться на ощущении субъективного благополучия и счастья [1]. Существует также много проблем в плане попыток объективного изучения показателей, отражающих уровень религиозности индивидуума. В связи с этим актуальным является поиск удобных способов количественной оценки религиозности и исследование её взаимосвязи с различными аспектами психического здоровья.

Цель: выявление взаимосвязи между степенью религиозной приверженности личности с уровнем депрессии и тревоги с помощью корреляционного анализа по критерию Спирмена. Выявление различий между уровнями депрессии и тревоги у верующих и атеистов с помощью критерия Стьюдента. Апробация опросника для выявления степени религиозной приверженности The Religious Commitment Inventory-10 (RCI-10) [3].

Материалы и методы. С помощью сервиса Survio (URL: <http://www.survio.com/ru/>) был создан опрос, включающий в себя шкалу Цунга для самооценки депрессии, одноименную шкалу для самооценки тревоги и вопросы The Religious Commitment Inventory-10 (RCI-10) [3] в переводе автора работы. Проанкетированы 56 человек в возрасте от 17 до 34 лет. (сред. 22,78). Среди респондентов 67,86% женщин, 32,14% мужчин. Вероисповедание: православных христиан - 66,07%, мусульман - 5,36%, буддистов – 3,57%. Атеистов - 25%.

Результаты и обсуждение: средний уровень депрессии (баллы по шкале Цунга) у респондентов составил 35,23 (SD=8,28), что соответствует нормальному состоянию. Общий уровень тревожности определяется как низкий (35,73; SD=9,48). В группе верующих средний уровень религиозности составил 26,16 с SD=11,69, что идентично результатам, полученным при измерении уровня религиозности взрослого населения

США (26 с SD=12) [3], однако в этой группе низкий уровень религиозности (до 156) наблюдается у 31%. Количество баллов по шкале для самооценки депрессии коррелирует с баллами шкалы для самооценки тревоги. Корреляция же между религиозностью и показателями по шкалам Цунга не достигает уровня статистической значимости. Среди атеистов преобладают мужчины (57%) против 43% женщин. А среди лиц с уровнем религиозности выше среднего (>266) большинство составляют женщины (88%). Различий между уровнями депрессии и тревоги у лиц с более высокой религиозной приверженностью (>266) и атеистов с помощью критерия Стьюдента выявлено не было. В группе лиц со средним и высоким уровнем тревожности (37,7% респондентов), преобладают лица женского пола (80%). При сравнении религиозности данной группы и респондентов с низким уровнем тревожности значимых различий с помощью критерия Стьюдента выявлено не было.

Заключение: при том, что большинство респондентов относит себя к верующим, около трети из них имеют низкие показатели религиозности, что говорит об их формальном отношении к вере. Кроме того, значительная часть респондентов является атеистами. Высокая религиозная приверженность ассоциирована с женским полом, в то время как среди атеистов численно преобладают мужчины. Повышенный уровень тревожности более характерен для лиц женского пола. Между уровнями депрессии и тревоги обнаруживается положительная корреляционная связь. Однако, связь между данными показателями и степенью религиозности не достигает уровня статистической значимости, что не подтверждает данные зарубежных исследований при идентичности уровня религиозности респондентов и взрослого населения США, несмотря на весьма существенные различия в социокультурном плане и конфессиональной структуре данных стран. Опросник The Religious Commitment Inventory-10 (RCI-10) может быть использован как удобный и быстрый инструмент измерения степени религиозной приверженности, в том числе и в условиях клиники для учета роли данной личностной характеристики в процессе терапии.

Литература:

1. Гумницкий М.Е. Исследование взаимосвязи ценностно-смысловой сферы и религиозности личности. Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск, Россия– [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://conf-p.narod.ru/Gum.pdf> (дата обращения: 03.08.2015)
2. Koenig Harold G., MD «Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice» The Southern Medical Association, 1194-1200, 2004 – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fundacion-salto.org/documentos/Religion,%20Spirituality,%20and%20Medicine.pdf> (дата обращения: 05.08.2015)
3. Worthington, E. L., Jr., Wade, N. G. The Religious Commitment Inventory-10 (RCI-10). (2012) – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.midss.ie/sites/default/files/rci-10_scoring_and_norms.pdf (дата обращения: 24.07.2015)

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ С ЭФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Щербаков А.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Актуальность. Исследование по данной теме проводилось неслучайно, поскольку в настоящее время участились случаи возникновения эфферентной моторной афазии при

сосудистой патологии головного мозга. Из практики врачей неврологов известно, что она возникает вследствие ОНМК, которые сопровождаются расстройством не только речи, но и многих ВПФ, нейропсихологическая структура которой не выяснена. Литературные сведения дают мало информации о нейроморфологии речи, ее нейропсихологической организации (Лурия А.Р., 1971., Хомская Е. Д., 2004). Механизм восстановления речи не выяснен до конца (Хомская Е. Д., 2004, 2004; Лурия А. Р., 2008). Из клиники известно, что на долю эфферентной моторной афазии выпадает большой процент от всех видов афазий при заболеваниях головного мозга- 38 -43% (Барашнев Ю.И.,2001, Шток В.Н.,2013). Постановке диагноза эфферентной моторной афазии помогают кроме нейропсихологического исследования данные нейровизуализации головного мозга- МРТ и КТ.

Цель исследования – выявление нейропсихологических особенностей восстановления речи в подострой стадии заболевания.

Материалы и методы. Использовали тесты по нейропсихологической диагностики и восстановления речи предложенные Лурией А.Р. Материалом для исследования послужили девятнадцать клинических случаев (10 мужчин 9 женщин) второго взрослого периода, находящихся на лечении в неврологическом отделении ОЦМР с диагнозом : ОНМК в доминантном полушарии по типу ишемии. Методике восстановления речи, предшествовало рутинное неврологическое исследование (ч.м.н., движения, рефлексы, чувствительность), данные УЗДГ и МРТ.

В задачи исследования входил сбор анамнеза, жалобы, применение методик нейропсихологического тестирования и восстановления речи по А.Р. Лурии и обработка полученных данных.

Результаты. В ходе исследования выяснено, что в 31% всех случаев(9 мужчин и 3 женщины) наблюдалось полное восстановление речи , в 47%(4 мужчин и 2 женщины) частичное, в 22%(3 мужчины и 2 женщины) восстановления речи не наблюдалось. Проведение нейропсихологическое исследование и восстановление речи поможет неврологам, нейрохирургам и клиническим психологам в ранней диагностике и коррекции нарушения речи.

Заключение. В ходе исследования установлено опережающее восстановление экспрессивной речи по отношению к импрессивной, в которой выраженное улучшение отмечалось при назывании предметов, действий и составлению фраз, а в экспрессивной - понимании предметов.

Литературы:

- 1.Бизюк А.П. Основы нейропсихологии: Учебное пособие, П. - СПб.: Речь,2005.- 293с.
- 2.Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Астрель,2914.311с.
- 3.Хомская Е.Д.Нейропсихология: М, 2014,258с

ПРОАКТИВНОЕ СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ, ВПЕРВЫЕ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Юсупова А.М.¹, Ершов В.И.^{1,2}, Карпец А.В.¹

¹ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И.Пирогова»

²ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург, Россия

Несмотря на то, что распространенность острых сосудистых нарушений в головном мозге и смертность от них достаточно велики, современная медицина обладает теми необходимыми методами лечения и восстановления, которые позволяют многим пациентам преодолевать возникшую тяжелую болезнь. Результаты реабилитационных мер, зависят, прежде всего, от размера и степени поражения головного мозга. Реабилитация после инсульта представляет собой комплекс различных мероприятий,

направленных на восстановление утерянных пациентом, функций. К таким методикам относят медицинские, психологические, педагогические, социальные, юридические приемы и действия, позволяющие максимально быстро восстановить все функции организма. Важным и необходимым в работе с такими пациентами является научить их не только преодолеть возникшую стрессовую ситуацию, но и сориентировать на предвосхищение потенциальных проблем в будущем. Проактивный копинг приводит к более эффективной адаптации к хроническому заболеванию, поскольку играет важную роль в профилактике и заблаговременной подготовке к последствиям инсульта, ограничивающим привычную активность. Проактивные стратегии совладания обуславливают лучшую способность справляться с последствиями патологического состояния, а также постановку реалистичных целей и их достижение [1]. Водопьянова Н.Е. (2009), проактивное совладающее поведение, характеризует как особую форму реализации активности личности, в которой проявляются ее общие, особенные и индивидуальные характеристики во взаимодействии с трудными жизненными ситуациями [2].

Цель исследования: изучение проактивного совладающего поведения у лиц, впервые перенесших ишемический инсульт.

Материалы: в группу исследования вошли 27 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу, находившиеся на стационарном лечении в ПСО неврологии ГАУЗ «ГКБ им.Н.И.Пирогова». Из них 18 женщин и 9 мужчин. Пациенты были в возрасте от 22 до 68 лет.

Методы: в исследовании для решения поставленной задачи применялись следующие методы: 1) клинико-психологический метод (расспрос, интервьюирование); 2) экспериментально-психологический метод (методика «Проактивное совладающее поведение» Е.Greenglass с соавт.); 3) использовалась описательная статистика.

Результаты и обсуждение: по данным описательной статистики, по средним значениям в группе преобладают такие копинг-стратегии, как «Проактивное преодоление» (ср.41,1 при std.откл. 7,50). Далее по частоте применения следуют такие копинги как «Рефлексивное преодоление» (33, 0 при std.откл. 7,48), «Превентивное преодоление» (31,3 при std.откл. 5,69). В значительной меньшей мере пациенты прибегают к использованию следующих стратегий «Поиск инструментальной поддержки» (18,22 при std.откл. 6,39), «Поиск эмоциональной поддержки» (12,81 при std.откл. 4,19) и «Стратегическое планирование» (11,92 при std.откл. 3,70). Средние значения копинг-стратегий не сильно отличаются от принятых усредненных данных по этой методике. По полученным результатам можно сказать, что пациенты в большей степени способны активизировать общие ресурсы личности, которые облегчают достижение наиболее важных для них целей. Существует склонность к тому, чтобы оценивать возможные угрозы, конечный исход деятельности и уже на этой основе выбирать способ ее выполнения. Могут подготовить действия по устранению негативных последствий до того, как наступит стрессовая ситуация. Сюда относятся, например, поддержание здорового образа жизни, соблюдение рекомендаций врача, но это актуально для перспективы дальнейшей, у пациентов с уже первым инсультом. О таких мерах, очень часто говорят сами при проведении индивидуальной консультации. При этом пациенты редко прибегают к получению дополнительной информации, помогающей разрешить стрессовые ситуации, не разделяют чувств с другими, могут избегать общения. И все-таки не создают четко продуманный план действий.

Заключение: полученные данные являются полезными в работе с инсультными пациентами. Менее задействованные копинг – стратегии по истечению времени могут стать более актуальными, что в свою очередь увеличит эффективное решение трудностей, в том числе и превентивную подготовку к ним (обострение болезни, риску повторного возникновения инсульта).

Литература:

1. Юсупова А.М., Ерзин А.И. Реактивные и проактивные копинг – стратегии у лиц, перенесших инсульт. // Личность в кризисных ситуациях: психопрофилактика, психокоррекция, психотерапия. - 2015. – С. 24 – 29.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 274 – 277 с.: ил. – (Серия «Практикум»).

ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ ОРЕНБУРЖЬЯ

Якубова Т.М., Долгов А.М.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Оренбург. Россия

Актуальность: Эпилепсия – одна из наиболее актуальных проблем в педиатрической неврологии. Возникновение эпилепсии значительно варьирует в зависимости от возраста с пиком заболеваемости в детском и юношеском возрасте.

Цель работы: Определить частоту и структуру эпилепсии у детей г.Оренбурга.

Материал и методы: Было обследовано 703 ребенка.

Результаты и обсуждения: В последние годы в литературе появились сведения о том, что на формирование и характер течения эпилептических состояний у детского населения наряду с наследственной предрасположенностью, перенесенными нейроинфекциями, травмами головного мозга, в определенной мере оказывают влияние и неблагоприятные экологические факторы [3]. Воздействие факторов окружающей среды на состояние здоровья детского населения приобретает все большую актуальность в связи с изменением социально-экономической обстановки и значительным ослаблением контроля за окружающей средой [5]. Микроэлементные загрязнения определяются не только около промышленных предприятий, но и значительном удалении от них, возникшие в результате трансгрессии загрязнителей воздушными и водными потоками [1].

При первичном скрининге нами выявлено 703 ребенка, страдающих эпилептическими припадками, проживающих в г.Оренбурге со средней численностью детского населения 114855. 187 детей, имевшие генерализованные эпилептические припадки были включены в исследование и разделены на 2 возрастные группы: 1-я группа - дети 4-7 лет (85 больных, из них 43 девочки и 42 мальчика), 2-я группа - дети 8-12 лет (102 больных, из них 45 девочек и 57 мальчиков). У больных исследуемых групп, а также в контрольной группе было определено содержание микроэлементов и тяжелых металлов в волосах и крови. Методика предназначена для одновременного полуколичественного определения 20 химических элементов, включающих определение 4 микроэлементов (Ti, Ba, Bi, Li) и 16 тяжелых металлов (Cu, Zn, Pb, Ni, Co, Cr, V, Mo, Sn, Ag, Ga, Zr, Mn, Cd, Fe, Sr).

Выявлено наиболее частое возникновение эпилептических припадков в возрасте от 5 до 9 лет. Средний "стаж" болезни детей г.Оренбурга составил 4-5 лет от общего количества анализируемых больных. Многолетние наблюдения показывают, что многие эпилептические пароксизмы манифестируют в строго фиксированные возрастные периоды [2]. В наших исследованиях прослежена трансформация идиопатических генерализованных форм эпилепсии в катамнезе у 106 больных. Выявлена наиболее частая трансформация практически всех типов припадков в тонико-клонические (от 16,3% до 50%), а тонико-клонические - в психомоторные (16%).

Трудно согласиться с тем, что вредоносный фактор внешней среды сам по себе изолированно без биологического ответа может являться непосредственной причиной, что этиология данной патологии столь же разнообразна, как все возможные вредоносные факторы внешней среды [4]. В наших исследованиях 57% больных с генерализованными тонико-клоническими судорогами имели тенденцию к выраженной

потери марганца в крови. У больных, страдающих абсансами в 42,8% выявлено умеренное снижение марганца в крови.

Заключение: Средний показатель распространенности эпилептических припадков составил 5,78 на 1000 детского населения, что согласуется с имеющимися данными о заболеваемости эпилепсией в популяции (от 2 до 9 случаев на 1000 населения).

Сопоставление и анализ эпидемиологических, клинических, инструментально-лабораторных, морфологических показателей, касающихся разных форм эпилепсии являются доказательной базой для улучшения диагностики, лечения и профилактики идиопатической эпилепсии у детей. Выявлена зависимость между ростом частоты возникновения эпилепсии и наличием неблагоприятных факторов окружающей среды, ведущих к проблеме изучения эпилепсии во взаимосвязи с микроэлементами.

Литература:

1. Бархатова Л.А., Салихова Л.Р., Куксанов В.Ф., Карпов А.И. Загрязнение депонирующих сред как критерий оценки влияния антропогенных факторов на формирование здоровья детского населения // *Среда обитания и здоровье населения. Матер. Всеросс. науч.-практ. конф.* – Оренбург, 2001. Т.1. - С.42-51.
2. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 563 с.
3. Иванов А.В., Королев А.А., Тафеева Е.А. Гигиеническая характеристика окружающей среды и здоровье населения в районах добычи тяжелой нефти и природных битумов // *Гигиена и санитария.* – 2001. № 3. – С.22-43.
4. Халецкая О.В., Караштина Н.В., Конурина О.В., Пермичев А.П., Миронова Е.И. Эпидемиологические и социальные аспекты эпилепсии у детей // *Сб. VIII Всероссийского съезда неврологов.* - Казань, 2001. - С. 410-411.
5. Эпилептология в медицине XXI века. Под редакцией Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. М.: Светлица, 2009. – 570 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНЫХ ВИДОВ СОВЛАДАЮЩЕГО СО СТРЕССОМ БОЛЕЗНИ ПОВЕДЕНИЯ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ярославская М. А.

ГБУЗ "Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха Департамента здравоохранения города Москвы"

Москва, Россия

Актуальность. В последние десятилетия становится все более актуальной задача определения механизмов саморегуляции психической деятельности, способов и ресурсов совладающего с болезнью поведения как психологических феноменов адаптации (дезадаптации) у пациентов с хроническими заболеваниями (Петровская А.Н., Ярославская М.А., 2013). **Цель исследования** – изучение параметров активных видов совладающего со стрессом болезни поведения у пациентов с коморбидным течением хронического фарингита и депрессивных расстройств. **Материалы и методы исследования:** Основная группа включала в себя 30 пациентов с коморбидным течением хронического фарингита и депрессивных расстройств. Больные находились на лечении в отделениях ПКБ № 12 г. Москвы. **Отоларингологический осмотр всех пациентов был проведен д.м.н., профессором, заслуженным врачом РФ Петровской А.Н.** Выборка из 30 пациентов была разбита на 2 группы. Первую группу составили 15 человек, имеющие депрессивные расстройства (МКБ-10: F41-F43 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) при коморбидном течении хронического катарального фарингита. Средний возраст составил – $52,4 \pm 15,3$. Вторую группу составили 15 человек, имеющие депрессивные расстройства (МКБ-10: F41-F43 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) при коморбидном течении хронического

субатрофического фарингита, как результата тонзилэктомии, проведенной в детском возрасте. Средний возраст составил – $51,5 \pm 16,1$. Группу сравнения составили 15 практически здоровых лиц, не имеющих психических расстройств и заболеваний дыхательных путей, средний возраст – $51,5 \pm 16,2$ с целью демонстрации усредненных значений по методикам. Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялся копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R.S. Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана, 2009. **Достоверность и надежность результатов исследования** обеспечены применением научно обоснованных методов исследования, достаточным объемом выборки, сочетанием количественного и качественного анализа полученных данных, корректной статистической обработкой данных. **Результаты исследования и их обсуждение:** Выявлены различия при сопоставлении результатов больных при коморбидном течении хронического фарингита и депрессивных расстройств с данными здоровых испытуемых. Пациенты из 1 и 2 групп достоверно ($P < 0,05$) активнее обращаются к копингам «конфронтация», реже используют стратегии «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «планирование решения проблемы», «положительная переоценка». Таким образом, у больных, страдающих хроническим катаральным и субатрофическим фарингитом наблюдаются защитный характер поведенческой активности, низкий функциональный уровень совладающего поведения, несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинга. Для больных при коморбидном течении хронического фарингита и депрессивных расстройств в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются эмоционально-ориентированные, они проявляют предрасположенность к эмоциональной неустойчивости, внешнеобвиняющим реакциям, слабому учету социальной действительности, испытывают выраженные трудности в использовании социальных ресурсов, склонны не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшении своего состояния. Больные хроническим субатрофическим фарингитом достоверно ($P < 0,05$) активнее используют стратегию «принятие ответственности», в сравнении с пациентами, страдающими хроническим катаральным фарингитом, что указывает на более сознательный и ответственный подход в важности подготовки определенных действий, по сохранению собственного здоровья и удовлетворительного самочувствия, таких как: накопление денежных средств, своевременное принятие медикаментозных препаратов, прохождение плановых обследований по предотвращению тех или иных неблагоприятных последствий, например, ухудшение психосоматического состояния. Больные хроническим субатрофическим фарингитом достоверно ($P < 0,05$) реже используют стратегию «конфронтация» в сравнении с пациентами с диагнозом хронический катаральный фарингит, что говорит о более выраженном контроле своих эмоциональных реакций. **Заключение:** Полученные результаты могут учитываться при выборе тактики психотерапевтического вмешательства и создании психообразовательных программ для пациентов с коморбидным течением хронического фарингита и депрессивных расстройств, что является необходимым компонентом реабилитационного процесса в психиатрической практике.

Литература:

1. Ярославская М.А., Петровская А.Н. Психологические особенности пациентов с болезнью Меньера и их психосоциальная адаптация // Вестник Оториноларингологии, 2013; 6: 99-101

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАССИВНЫХ ВИДОВ СОВЛАДАЮЩЕГО СО СТРЕССОМ БОЛЕЗНИ ПОВЕДЕНИЯ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ярославская М. А.

ГБУЗ "Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха Департамента здравоохранения города Москвы"

Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на многочисленные исследования влияния психологических факторов на возникновение и течение заболевания, наименее изученной проблемой остаются способы совладания со стрессом болезни у пациентов с хронической патологией (Сирота Н.А., Ярославская М.А., 2012; Ярославская М.А., 2012). **Целью настоящего исследования** – изучение параметров пассивных видов совладающего со стрессом поведения пациентов с коморбидным течением хронического фарингита и депрессивных расстройств. **Материалы и методы:** В исследовании приняли участие 45 человек в возрасте от 18 до 75 лет. Основная группа включала в себя 30 пациентов с коморбидным течением хронического фарингита и депрессивных расстройств. Больные находились на лечении в отделениях ПКБ № 12 г. Москвы. **Отоларингологический осмотр всех пациентов был проведен д.м.н., профессором, заслуженным врачом РФ Петровской А.Н.** Выборка из 30 пациентов была разбита на 2 группы. Первую группу составили 15 человек, имеющие депрессивные расстройства (МКБ-10: F41-F43 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) при коморбидном течении хронического катарального фарингита. Средний возраст составил – 52,4±15,3. Вторую группу составили 15 человек, имеющие депрессивные расстройства (МКБ-10: F41-F43 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) при коморбидном течении хронического субатрофического фарингита, как результата тонзилэктомии, проведенной в детском возрасте. Средний возраст составил – 51,5±16,1. Группы являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам. Группу сравнения составили 15 практически здоровых лиц, не имеющих психических расстройств и заболеваний дыхательных путей, средний возраст – 51,5±16,2 с целью демонстрации усредненных значений по методикам. Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялся копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R.S. Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана, 2009. **Статистическая обработка результатов исследования:** При статистической обработке результатов рассчитывались среднеарифметические значения, стандартные отклонения, достоверность различий между группами. **Результаты исследования и их обсуждение:** В ходе исследования было установлено, что у больных при коморбидном течении хронического фарингита и депрессивных расстройств, в целом, ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями. Выявлены различия при сопоставлении результатов больных при коморбидном течении хронического фарингита и депрессивных расстройств с данными здоровых испытуемых. Пациенты из 1 и 2 групп достоверно ($P < 0,05$) активнее, в сравнении со здоровыми испытуемыми, обращаются к пассивным копингам «дистанцирование», «бегство – избегание», что указывает на попытки преодоления негативных переживаний за счет субъективного снижения значимости и степени эмоциональной вовлеченности в стрессовую ситуацию с помощью приемов обесценивания, отстранения, уклонения действий по ее разрешению, ухода в мир концептуальных построений. Вышеизложенные особенности реагирования, существенно повышают риск развития социально-психологической адаптации пациентов и социальной изоляции. Достоверных различий при сопоставлении результатов 1 и 2 группы не было выявлено ($P > 0,05$).

Заключение: По результатам исследования, были сделаны выводы: 1. Накопление неразрешенных проблем у пациентов с коморбидным течением хронического фарингита и депрессивных расстройств приводит к нарастанию стрессовой нагрузки и эмоционального напряжения, снижение которого оказывается возможным лишь при дальнейшем избегании проблемных ситуаций и дистанцировании от них. 2. Доминирование пассивных стратегий в ситуации конфликта, стресса приводит к повышению уровня психосоциальной дезадаптации и играет важную роль в формировании условий для неблагоприятного течения болезни. 3. Выявленные особенности стресс-преодолевающего поведения пациентов с коморбидным течением хронического фарингита и депрессивных расстройств позволяют наметить основные «мишени» для психопрофилактических, реабилитационных и психокоррекционных воздействий при работе с данным контингентом больных.

Литература:

1. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Исследование активных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации / дезадаптации к заболеванию у больных бронхиальной астмой // Журнал «Пульмонология», 2012, №5, С. 78-80
2. Ярославская М.А. Общие сведения и взаимосвязь феноменов адаптации, стресса и совладающего поведения. // Вестник Академии Медико-технических наук, 2012, № 1(6), Стр. 48-51.

Авторский указатель

А

Antokhin E. Yu..... 7

В

Babarahimova S.B..... 3

Bandati A..... 5

Boldiereva T.A. 7

С

Culis N..... 5, 6

И

Iskandarova J.M. 3

О

Oprea M..... 5

Ovsearenco A. 5

Т

Trop K.K. 7

А

Абрамова Т.Н..... 144

Александрова Н.А. 150

Антохин Е.Ю. 16, 19, 43, 45,
48, 112, 114, 122, 138, 142

Апतिकеева Н.В. 7, 9

Апतिकеева Э.Д..... 7

Б

Баева А.С..... 10, 11

Балашова С.В. 12, 14, 15, 32

Бардюркина В.А. 16

Барыльник Ю.Б..... 114

Баянова Н.А. 127

Бегимбаев К.С..... 135

Бедина И.А. 10, 11

Безменов П.В. 134

Белоусова Ю.О. 28

Бомов П.О. 17

Борисоник Е.В. 18

Борщук Е.Л. 127

Будза В.Г. 17, 19, 47, 48, 142

Бурдаков В.В..... 27, 78, 118

Буромская Н.И. 125

Быкова И.С..... 28, 62, 63

В

Вагнер Н.Е..... 7, 9

Васильева А.В. 29

Веретенцева Т.В. 41

Вяльцева И.Ю. 134

Г

Габбасова Э.Р. 32

Герашенко Н.А..... 34

Гербей П.С..... 41

Глазева М.А..... 97

Григорьева И.В. 35, 37

Гумалатова Н.В. 27

Д

Дарин Д.Б. 135

Дворин Д.В. 38

Деева М.А. 114

Дёмина М.В..... 52

Дереча В.А... 15, 39, 40, 52, 53,
63, 132

Дереча Г.И. 32, 39, 53

Долгов А.М..... 155

Дробышев А.Ю. 137

Друзь В.Ф. 41

Дубицкая Е.А. 42, 90

Е

Емцов К.Г. 114

Епанчинцева Г.А. 43, 45

Ерзин А.И. 34, 43, 45, 50, 56,
120, 122

Ершов В.И. 153

Ж

Жарылкасынова Г.Ж..... 70

Журавлев Я.С. 47, 48

Журавлёв Я.С. 87

Журавлева А.И. 47

З

Зайцева Е.С..... 50

Зинелова А.Г. 135

К

Караваева Т.А..... 29

Карпец А.В. 153

Карпец В.В. 52

Катан Е.А. 53, 55

Каштанова Н.Д..... 41

Киреева Д.С..... 32

Киселева Ж.В. 92

Кобзева Л.С..... 56

Козлов Я.С..... 19

Короленко В.В..... 58

Котлярова С.В. 52

Кралько А.А. 37, 59, 60

Краснощекова И.В. .. 28, 62, 63

Куликова О.С..... 71

Кулишова К.С. 118

Кунафина Е.Р..... 72, 82

Куташов В.А. 84

Кучаева А. В. 86

Кучкаров У.И..... 65, 70

Л

Левина Н.Б. 75

Лукошкина Е.П..... 29

Лутова Н. Б. 76

Льмарева Е.В. 78

Любов Е.Б. 18, 75, 79

М

Маликов Л.В. 80

Марфина Н.А. 82

Махортова И.С. 84

Медведев В.Э..... 137

Медик И.А. 19

Михайлова Е.Б..... 86

Н

Нечаева М.В..... 87, 123

Нечет Р.В..... 14

Носачев Г.Н. 42, 89, 90, 92

Носачев И.Г. 42, 90, 92

Нюхалов Г.А. 87, 93

О

Овчинников А.А. 94

Олейникова И.Н. 41

Оруджев Н.Я..... 96

Осипчик С.И. 59

П

Палаева Р.И..... 19, 138

Панкова О.Ф. 125

Паршин А.Н. 18

Писарева Г.А. 53

Пономаренко В.Н..... 97, 103

Поплавская О.В. 96

Попова Н.И. 12

Потокина А.М..... 112

Прибытков А.А..... 114

Р

Радионон Д.С. 116

Рамзова О.Е..... 145

Романова О.А..... 134

Ромашкина А.В..... 118

Руденко С.Л. 119

С		
Саркулова Ж.Н.	135	
Сафронова А.И.	118	
Семенова Т.С.	120, 122	
Сергеева Н.А.	47, 123	
Серебровская О.В.	134	
Смирнов И.И.	125, 134	
Смирнова С.А.	127, 147	
Соколова А.Г.	96	
Соловьева Е.А.	12	
Соляник А.Н.	125	
Сорокин М. Ю.	76	
Степанова Н.В.	128	
Султанов Ш.Х.	130	
Султанова А.Н.	94	
Суслов С.В.	131	
Сычева Е.А.	118	
Т		
Титова Н.В.	19	
Тубольцев А.А.	133	
У		
Ульянова Ю.А.	16	
Усачева Е.Л.	125	
Усачёва Е.Л.	134	
Усынина Т.П.	80	
Утегенова А.Б.	135	
Утепкалиева А.П.	135	
Ф		
Филиппов А.П.	103	
Фофанова Ю.С.	137	
Фролова В.И.	137	
Х		
Харин П.В.	16	
Харина Е.А.	138	
Хотькина О.С.	17	
Хрущ А.И.	141	
Ц		
Цупрун В.Е.	18	
Цыганков Б.Д.	84	
Ч		
Чалая Е.Б.	142	
Чалая И.В.	142	
Чалый В.А.	142	
Чемезов А.С.	144, 145	
Чехонадский И.И.	147	
Чичерин М.С.	112	
Ш		
Шарипова Ф.К.	148	
Ширяев О.Ю.	84	
Шкитырь Е.Ю.	150	
Шлафер М.И.	41	
Шуненков Д. А.	151	
Щ		
Щербаков А.В.	152	
Ю		
Юлтыева Д.И.	145	
Юркова И.О.	114	
Юсупова А.М.	153	
Я		
Якубова Т.М.	155	
Якушев В.А.	103	
Якушева А.В.	55	
Якушина А.М.	114	
Ярославская М. А.	156, 158	