



Всероссийский конгресс
с международным участием

**СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ
РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ:
ОТРИЦАНИЕ ОТРИЦАНИЯ**

МАТЕРИАЛЫ

9-11
июня
2016

Санкт-Петербург

Российское общество психиатров
Бехтеревское психиатрическое общество Санкт-Петербурга
Российская психотерапевтическая ассоциация
Ассоциация неврологов Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербургская городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Кафедра психотерапии и сексологии
Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова
Всероссийское объединение центров психосоциальной реабилитации
Русскоязычная группа Международного общества
психологических и социальных подходов к психозам (ISPS RU)
Европейская Конфедерация Психоаналитической Психотерапии – Россия
(ЕКПП-Россия)

Материалы Всероссийского конгресса
с международным участием

**СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ
РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ:
ОТРИЦАНИЕ ОТРИЦАНИЯ**

9-11 июня 2016 года, Санкт-Петербург

Под ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]
ISBN 978-5-905498-50-3

Санкт-Петербург
Издательский отдел ООО «Альта Астра»
2016

© СПбГПБ №1 им. Кащенко, 2016
© НИПНИ, 2016
© Коллектив авторов, 2016
© ООО «Альта Астра», оформление, 2016

Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 9-11 июня 2016 г. [Электронное издание]: под общей ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. – СПб.: Альта Астра, 2016. – 1 электрон, опт. диск (CD-ROM) – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0. – ISBN 978-5-905498-50-3.

Редакционная коллегия:

Незнанов Н.Г., Лиманкин О.В., Бабин С.М., Крупицкий Е.М., Михайлов В.А., Петрова Н.Н.

*Оригинал-макет подготовлен издательским отделом
ООО «Альта Астра», 191024, Санкт-Петербург,
Старорусская ул., д. 8А, тел./факс: (812) 386-38-31,
e-mail: info@altaastra.com, www.altaastra.com*

Дизайн, верстка: Альков А.С.

*Сдано в набор 25.05.2016, подписано к использованию 06.06.2016
Гарнитура «Таймс», формат 60X84 1/8, 377 стр.*

*Объем 4,8 Мб
Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,
упаковка – SlimBox, цв. вкл., тираж 300 экз.*

ISBN 978-5-905498-50-3

© СПбГПБ №1 им. Кащенко, 2016
© НИПНИ, 2016
© Коллектив авторов, 2016
© ООО «Альта Астра», оформление, 2016



МОДЕСТ МИХАЙЛОВИЧ КАБАНОВ
К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

Модест Михайлович Кабанов (1926-2013) – профессор, доктор медицинских наук, Заслуженный деятель науки РФ, один из основоположников реабилитационного направления в современной психиатрии. Родился 19 марта 1926 года в Ленинграде, где пережил блокаду. В 1943 году поступил и в 1948 с отличием закончил I Ленинградский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова, который по праву считается одной из лучших медицинских школ страны. Здесь же на кафедре психиатрии он продолжил свое обучение в качестве клинического ординатора.

Модест Михайлович прошел суровую школу жизни. В 1949 г. он был ложно обвинен в антисоветской деятельности, этапирован в один из лагерей Красноярского края, где провел 5 лет. В марте 1954 г. М.М. Кабанов был реабилитирован, а затем восстановлен в клинической ординатуре, которую успешно закончил в 1958 году. Благодаря своим организаторским способностям, по окончании ординатуры в том же году он был назначен главным врачом диспансера, затем главным врачом 4-ой Ленинградской психиатрической больницы, а вскоре стал главным психиатром города Ленинграда. Модест Михайлович активно занимался не только практической, но и научной деятельностью, защитив в 1962 г. кандидатскую, а в 1972 г. – докторскую диссертацию. Начиная с 70-х гг. прошлого века М.М. Кабанов активно включился в развитие реабилитационного направления в психиатрии. Он одним из первых дал более широкое определение

реабилитации, указывая на то, что основной задачей лечения является не просто редукция симптоматики и профилактика рецидива, а восстановление больного как личности, полноценного члена общества. Учитывая специфику психических расстройств, выраженные нарушения приспособительного поведения, социальных связей и системы отношений у психиатрических пациентов, он одним из первых в нашей стране интегрировал систему психосоциальных интервенций в комплекс лечебных мероприятий. В 1964 г. он стал директором Научно-исследовательского института им В.М. Бехтерева, которым бессменно руководил в течение 38 лет, вплоть до 2002 г. В 1974 г. М.М. Кабанов получил звание профессора, в 1982 г. – Заслуженного деятеля науки РФ. Реализуя свою концепцию реабилитации, М.М. Кабанов открыл в институте первое в стране отделение восстановительной терапии психически больных, где началась пионерская работа в области психотерапии психически больных. Концептуальные представления о системе реабилитации в психиатрии, построенные, прежде всего, на системном биопсихосоциальном подходе, а также практический опыт работы в этой области нашли свое отражение в программных монографиях (Кабанов М.М., Вайзе К. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных, 1980; Кабанов М.М. Реабилитация психически больных, 1985; Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия, 1998). За свою долгую плодотворную профессиональную жизнь Модест Михайлович написал более 260 научных работ, включая 11 монографий, в том числе, в соавторстве, которые были опубликованы не только в нашей стране, но и за рубежом. Под его руководством были защищены более 20 кандидатских и докторских диссертаций. Трудно переоценить роль М.М. Кабанова в деятельности профессионального сообщества: он долгое время был членом Президиумов Всесоюзного и Всероссийского об-

ществ психиатров и невропатологов, почетным членом Российского общества психиатров, почетным членом ряда иностранных научных обществ, почетным членом-корреспондентом немецкого общества психиатров, психотерапевтов и неврологов; почетным членом Консультативного совета Американского Биографического Института (США), который наградил его в 2000 г. медалью «Нового века»; почетным членом консультативного совета Международного Биографического центра (Кембридж, Англия), который признал его в 1997 г. «Человеком года»; членом Международного общества здоровья. С 1995 по 2005 г. Модест Михайлович был первым российским президентом Всемирной Ассоциации Динамической Психиатрии (ВАДП) и за заслуги в гуманизации психиатрии был награжден золотой медалью Немецкой академии психоанализа. Он был директором исследовательского и учебного центра Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), открытого в начале 1990-х гг. на базе НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Почетным председателем и членом Правления Бехтеревского Санкт-Петербургского общества психиатров, членом психиатрического отделения Ученого Совета Министерства здравоохранения РФ. За свою долгую плодотворную профессиональную жизнь он был отмечен многочисленными наградами – 4 орденами (в том числе, «За заслуги перед отечеством IV степени») и 12 медалями (в том числе, «За оборону Ленинграда»). 16 февраля 2006 г. на торжественном заседании Ученого совета НИПНИ им. В.М. Бехтерева профессор М.М. Кабанов был удостоен звания Почетного доктора с вручением памятной медали и облачением в мантию. Модест Михайлович скончался после продолжительной болезни на 87-м году жизни 5 марта 2013 г. В памяти тех, кто его знал, он навсегда останется человеком блестящей эрудиции, энциклопедических знаний, настоящим профессионалом своего дела.

РАЗДЕЛ 1.
**ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ,
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**

СТАТЬИ

**КОМБИНИРОВАННАЯ КРАТКОСРОЧНАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**

Алексеев Б.Е.

*Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург*

Введение. Данная статья подготовлена в рамках конференции, посвященной 90-летию со дня рождения профессора М.М. Кабанова. Поэтому введение посвящается его памяти и людям, которые в организованном им отделении восстановительной терапии психически больных первыми создавали в 1970-е и 1980-е годы модели реабилитации психиатрических пациентов. В то время идеи, лежащие в основе деятельности НИИ им. В.М. Бехтерева, отражали новое, в какой-то мере революционное для советской действительности направление. Личность возводилась на пьедестал. Провозглашался и реализовывался принцип апелляции к личности психически больного, как ключевой аспект реабилитации. В психиатрической клинике утвердилась психотерапия в различных формах как один из ведущих методов реабилитации.

Отделение было профилирующим, т.к. выполняло основную научную и практическую задачу по развитию реабилитационной концепции, которую предложил профессор М.М. Кабанов. Данная концепция в полной мере соответствует биопсихосоциальному подходу и поэтому остается современной. Сила и расцвет деятельнос-

ти отделения восстановительной терапии психически больных заключались в людях, которые работали в нем. Модест Михайлович умел привлечь энтузиастов, которые вместе с ним разрабатывали различные методы реабилитации психически больных. На начальном этапе это были С.В. Днепровская, С.С. Либих, К.В. Корабельников, В.А. Гарнис, Б.М. Горелик, Т.В. Беляева, Г.В. Бурковский, позже к ним присоединились В.И. Кашкаров, А.С. Ломаченков, Р.Б. Хайкин, Е.И. Бондаренко, С.Г. Баженова, Б.Е. Алексеев, И.С. Лукина, О.Ю. Щелкова. Высокая креативность сотрудников создавала творческую атмосферу, часто возникали дискуссии и споры. Модест Михайлович при всей своей требовательности к коллегам никогда не ограничивал их в поиске и умел ждать результатов. Клинические разборы, которые он проводил, отличались демократической обстановкой и располагали к разнообразию суждений. Широта взглядов и независимость позиции Модеста Михайловича проявились также в том, что в условиях ханжеской атмосферы – «в СССР секса нет», он предложил автору статьи развернуть сексологические исследования психиатрических пациентов. С 2000 года мы продолжили эти исследования за рамками НИИ им. В.М. Бехтерева на кафедре сексологии в структуре МАПО – СЗГМУ им. И.И. Мечникова. В настоящее время данное учреждение, к сожалению, сворачивает образовательную и исследовательскую работу в области сексологии.

Деятельность Модеста Михайловича имела большое общественное значение не только благодаря непосредственно профессиональной деятельности, но его профессиональная деятельность оказывала влияние на сознание современников, смягчая нравы и поднимая человека на достойный уровень. Справедливо будет сказать, что именно уважение к человеку и свобода мысли позволили ему провести институт незапятнанным в период психиатрических преследований инакомыслящих в СССР.

Для молодых это была хорошая школа, которая учила не только новым профессиональным навыкам, но особому гуманному отношению к психиатрическим пациентам. В 1990-е годы состав отделения, вполне естественно, обновился, но традиция, заданная профессором М.М. Кабановым, сохранилась. Сегодня это отделение, наполненное современным содержанием и имеющее иное название, возглавляет д.м.н. Н.Б. Лутова. Было бы естественно увековечить память о М.М. Кабанове, присвоив его имя этому отделению.

В этой статье предлагается модель системной психотерапии, разработанная автором совместно с психологом к.пс.н. И.С. Лукиной в период работы в отделении восстановительной терапии психически больных. Данный вариант системного психотерапевтического подхода успешно реализовался и остается современным.

Модель краткосрочной психотерапии.

Выбор методов психотерапии психически больных в стационаре определяется как особенностями патогенеза заболевания, так и ограниченными сроками

госпитализации. Интенсифицировать психотерапевтический процесс возможно путем комплексности психотерапевтических усилий. Однако сложность процессов в психотерапевтической системе ставит терапевта перед массой выборов, которые он должен ограничить – с тем, чтобы сохранить контроль над ситуацией и добиться эффекта.

Высокая значимость родительской семьи для адаптации психически больного не только в детстве, но и в зрелом возрасте делает необходимым включение в психотерапевтическую программу семейной психотерапии. В связи с этим, наряду с индивидуальной психотерапией больных шизофренического спектра (шизотипическое расстройство и шизофрения), в условиях реабилитационного психиатрического отделения проводилась семейная психотерапия и групповая психотерапия нескольких семей наших пациентов.

Ограничение количества мишеней для психотерапевтической проработки являлось для нас важным аспектом организации краткосрочной психотерапии. Наиболее часто в фокусе психотерапии оказывались симбиотические отношения в семьях психически больных. Симбиотические отношения в наиболее общей форме мы рассматриваем как тип взаимоотношений между родителями и больным, которые препятствуют сепарации и образованию новых межличностных связей.

Одна из важных проблем, возникающих в процессе проведения семейной психотерапии – формирование мотивации родителей к участию в работе над теми проблемами, которые вовлечены в процесс заболевания. Психотерапевт постоянно встречается с сопротивлением пациентов и их родителей на разных этапах семейной психотерапии, что обусловлено чувством вины и тревоги. Эти переживания отражают «комплексы» родителей, которые часто развиваются в связи с болезнью ребенка. Из них можно назвать обесценивание себя как родителя и снижение самооценки в целом; снижение социального статуса семьи в связи с отношением общества к психически больным; чувство вины и ответственности; повышенное эмоциональное напряжение в связи с тесным контактом с психически больным, необходимостью ограничения своих интересов, изменения образа жизни для помощи больному; трудности в уходе за больным в связи с недостатками системы психиатрической помощи. Все это способствует развитию неадекватных реакций родителей на болезнь ребенка, в основе которых – различные формы психологической защиты. Неадекватные реакции на психическое заболевание ребенка препятствуют правильному пониманию целей семейной психотерапии и эффективной работе в процессе психотерапии родителей пациента. Для формирования мотивации родителей к участию в семейной психотерапии необходимо распознавание и проработка различных форм психологических защит. Можно выделить некоторые из них, наиболее часто встречающиеся в практической работе. Это подавление, идентификация с ребенком, отрицание, аутоагрессия, агрессия.

Мы могли наблюдать, что в конечном итоге, во взаимодействии с психотерапевтом вступают те родители, которые имеют наибольшую связь с детьми. Родители, которые строят свои отношения с детьми по типу отвержения и изоляции, как правило, не мотивированы к участию в лечении больного.

В целях оптимизации психотерапии использовались различные подходы, что отвечает современным тенденциям интегративной психотерапии: психодинамический, поведенческий, рациональный, сензитивный тренинг при сопутствующей во всех случаях эмоциональной поддержке.

Психодинамический подход, направленный на коррекцию семейных отношений, использовался как при индивидуальной и семейной психотерапии, так и при психотерапии с группой семей. Основным техническим инструментом психотерапевтов становится интерпретация, т.е. переводение в сознание родителей и пациентов мотивов поведения, конфликтов, психологического смысла некоторых симптомов, неосознаваемых ими. В процессе групповой семейной психотерапии происходит групповой анализ проблем какой-либо семьи на основе биографического материала и наблюдения за поведением членов семьи в группе. Одним из важных терапевтических эффектов, интенсифицирующих динамику, является менее болезненное и более быстрое преодоление сопротивления за счет психотерапевтического «зеркала», т.е. опознания своих проблем через восприятие похожих психологических трудностей у других, а также за счет групповой индукции. Можно выделить некоторые часто встречающиеся в процессе семейной психотерапии проблемы родителей, которые неосознаваемо для них влияли на поведение ребенка и усиливали дезадаптацию. Это нарушение половой идентичности, низкая самооценка родителей, проблема контроля, манипулятивность.

В рамках поведенческого подхода нами применялась техника, направленная на принятие решений и контроля за их выполнением. Выбор правильного решения в сложной жизненной ситуации в семье можно осуществить в процессе психотерапии с помощью психотерапевта и группы семейной психотерапии. При этом исследуются мотивы, чувства, анализируются последствия возможного решения, что облегчает процесс его принятия.

Рациональная психотерапия направляется на формирование адекватного представления о психической болезни, которое позволяет легче справляться с флюктуирующим течением болезненного процесса, избегать паники в связи с ухудшением состояния пациента, более толерантно относиться к его необычному поведению и предъявлять ему более адекватные требования. Особое значение имеет вопрос объявления родственникам диагноза больного. К его решению необходимо подходить очень взвешенно с учетом того смысла, который он может иметь для семьи и последствий, которые это может иметь для больного.

Эмпатийная атмосфера психотерапии создает предпосылки для сензитивного тренинга. Сосредоточение на эмоциональном мире позволяет опознать и раскрыть свои глубинные переживания, чувства детей и родителей друг перед другом. Часто пациенты решаются при поддержке психотерапевта или других членов группы (в случае групповой семейной психотерапии) раскрыть свои переживания. Родители и дети в процессе психотерапии становятся более понятными и открытыми друг другу.

Эмоциональная поддержка является неотъемлемой частью всего психотерапевтического процесса. По нашим наблюдениям, самым тяжело переживаемым чувством у родителей психически больных было чувство вины. При этом необходимо разъяснить, что они не являются причиной психического заболевания их ребенка, но от особенностей их поведения и эмоционального состояния зависит качество ремиссии и дальнейшая социализация пациента.

В процессе психотерапии с группой семей родители и пациенты имеют возможность разделить тяжесть переживаний с другими, находящимися в подобной ситуации, увидеть положительные перспективы, наблюдать за положительной динамикой психического и эмоционального состояния пациентов и их родителей.

В реализации предлагаемой психотерапевтической программы приняли участие два психотерапевта (врач-мужчина и психолог-женщина). Участие ко-терапевтов разного пола представляется важным, т.к. обеспечивает большую конгруэнтность и гибкость интеракций в психотерапевтическом процессе, которые развиваются с учетом психосексуальных аспектов личности.

Психотерапия с группой семей и с отдельными семьями проводилась по одному разу в неделю. Индивидуальная психотерапия, как с родителями, так и с детьми – 2-3 раза в неделю. Это позволяло максимально использовать психотерапевтические возможности для проработки психологических проблем пациентов.

Психотерапия с группой семей.

Желательна психологическая совместимость участников группы; к этому могут располагать схожесть симптоматики, сопоставимый уровень психического функционирования пациентов. Более продуктивно работают в группе члены семей, между которыми нет выраженного эмоционального напряжения и способные по психическому состоянию к контакту.

Основными терапевтическими факторами в групповой ситуации выступают: «сцепление», тестирование реальности, универсализация, групповое давление.

Групповая солидарность и эмоциональная поддержка очень значимы для семей психически больных, переживающих социальную изоляцию и социальное отвержение.

Психотерапевт стимулирует семьи, участвующие в группе, к сопоставлению проблем, опознанию схожих и различных, а также опознанию форм поведения, отличающихся большей или меньшей адаптивностью. Свободное незапрограммированное обсуждение явля-

ется хорошим способом самовыражения участников и позволяет психотерапевту проанализировать особенности построения межличностных отношений членами семьи, способствующие или препятствующие взаимопониманию. Например, психотерапевт может задать такие вопросы участникам группы: «Как вы считаете, что происходит сейчас в группе? Какое впечатление производит на участников группы диалог между присутствующими матерью и дочерью? В чем суть возникшего конфликта, и в какой степени он повторяет те взаимоотношения между членами семьи, о которых они рассказывали?» и т.п..

При пассивном поведении, длительном периоде молчания, которые говорят о сопротивлении, или при отсутствии коммуникативных навыков возможно включение дополнительных методик типа психологических игр, совместного рисунка, психодрамы.

Основными направлениями работы группы являются тематическое и интеракционное. Биографический материал используется частично. В группе не ставится целью и не достигается тот уровень самораскрытия участников, который возможен при проведении психотерапии с отдельной семьей и при проработке семейных проблем при индивидуальной психотерапии.

При обсуждении в группе семей часто актуализируются такие темы как «зависимость», «контроль и ограничения, связанные с психическим заболеванием», «взаимопонимание», «чувство вины родителей перед больными детьми».

Психотерапия с отдельной семьей.

При работе с отдельной семьей психотерапевт сосредотачивает внимание на тех психологических проблемах членов семьи, которые создают напряжение в семье и оказывают влияние на психическое состояние пациента. Структура этих проблем носит неповторимый характер и требует более глубокой проработки, чем это возможно при работе с группой семей, и более интимной, доверительной атмосферы психотерапии. В большей степени, чем в группе семей, включается биографический материал. Основным же направлением является интеракционное. Психотерапевт предлагает обсудить любую проблему, существующую в семье и вызывающую напряжение у всех членов семьи, выразить свое понимание этой проблемы (восприятие, чувства, оценку). В процессе обсуждения члены семьи имеют возможность перцептировать и почувствовать разные позиции по отношению к проблеме, осознать с помощью психотерапевта мотивы поведения друг друга и вступить в более эмпатийное общение. В процессе общения раскрываются те его механизмы, которые могут участвовать в патогенезе психического заболевания пациента. В ходе психотерапии можно проследить, как меняется психическое состояние пациента в зависимости от семейных интеракций, и сфокусировать на этом внимание всех участников. Анализируется, что именно в семейных интеракциях вызывает у заболевшего члена семьи повышенное эмоциональное напряжение и иногда – усиление или возникновение того или иного симптома.

Необходимо отметить, что очень конфликтные взаимоотношения, которые вызывают чрезмерное напряжение у пациента, могут рассматриваться как противопоказание к семейной психотерапии, т.к. сосредоточение на них может вызвать неуправляемые, неконструктивные эмоциональные реакции со стороны пациента. В случае очень высокого уровня конфликтности в семье, показана индивидуальная проработка семейных проблем с каждым из членов семьи отдельно.

Индивидуальная психотерапия.

Проработка биографического материала и анализ переноса – основное направление индивидуальной психотерапии. В результате, происходит отреагирование эмоций, связанных с проблемной семейной ситуацией, понимание проявления собственных проблем в нарушенных семейных взаимоотношениях; осознание каузальной связи между неотреагированными в раннем детстве эмоциями, связанными с родителями, и проблемами данного периода, которые обусловлены невротическим переносом. Это способствует формированию более эффективного взаимодействия с другими членами семьи.

Необходимо отметить, что проведение индивидуальной психотерапии только с одним из членов семьи приводит к тому, что разный уровень понимания происходящего может привести к непосильной для пациентов ответственности за отношения, к разрыву и изоляции. Поэтому идеальным вариантом является синхронная психотерапия.

Сочетание семейной психотерапии, индивидуальной психотерапии и психотерапии с группой семей эффективно в силу следующих причин. Семья в ответ на изменения, вызванные индивидуальной психотерапией у одного из членов семьи, отвечает действиями, направленными на сохранение привычной структуры отношений и обесценивает психотерапевтический процесс. В этом случае семейная психотерапия позволяет сторонам осознать и ослабить метакоммуникации в условиях защищенности. Психотерапия с группой семей помогает форсировать инсайт на эти отношения. Облегченность возникновения инсайта объясняется опосредованностью восприятия деструктивных стереотипов взаимоотношений в обход механизмов сопротивления. Т.е. наблюдение и понимание этих стереотипов в других семьях способствует их осознанию у себя.

В процессе комбинированной психотерапии происходит реципрокное подкрепление, помогающее по выражению Г.И. Каплана и Б.Дж. Сэдока (1998), организовать интегрированное терапевтическое ощущение.

Важно отметить, что родители, включающиеся в психотерапевтический процесс, сами, как правило, находятся в невротическом состоянии или имеют другие психические нарушения амбулаторного уровня. Поэтому психотерапия была направлена на гармонизацию взаимоотношений с включением психотерапевтов в проблемы как пациентов, так и их родителей. Попытки компенсировать детей за счет родителей чреваты, на наш взгляд, декомпенсацией родителей. Нельзя забывать, что роди-

тельская семья составляет витальные ресурсы, необходимые для поддержания и реабилитации больного. Именно семья, способная обеспечить эмоционально щадящую, предупредительную и принимающую больного среду, является ключевым фактором для способности пациента с психическим заболеванием оставаться в обществе.

Литература:

1. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. *Клиническая психиатрия*. В 2 т. Т.2. Пер. с англ.- М.: Медицина – 1998.- 528 с.

**ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ
ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ
СО СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Алкеева-Костычева Е.А., Бедина И.А.

*ФМИЦПН им. В.П.Сербского
Москва*

Вместе с приближением служб психического здоровья к населению, а также в связи с осознанием реальной стоимости здравоохранения сильно возрос интерес к краткому курсу психодинамической психотерапии. Ограниченное время придает этому виду терапии уникальные характерные черты – цели лечения, подбор пациентов и технические приемы.

К числу основоположников краткосрочной терапии принадлежат В. Штекель, С. Ференчи, Ф. Александер и Т. Френч. Ф. Александер [1] утверждал, что, хотя с помощью ортодоксального анализа были найдены фундаментальные объяснения развития личности и психопатологии, психоанализ как терапевтический метод нуждается в более гибком приспособлении к индивидуальной психопатологии пациента. Ф. Александер и Т. Френч исследовали 600 пациентов, прошедших краткосрочную психоаналитическую терапию продолжительностью от 1 до 65 сессий. Авторы делают вывод, что терапия может проходить лицом к лицу. Беседа о текущих событиях, волнующих пациента, может сменяться свободными ассоциациями. Медикаментозное лечение и практическое переустройство условий жизни включаются по необходимости.

Терапевтические советы и рекомендации высказываются наряду с динамическими интерпретациями [1, 7, 10].

В последние три десятилетия идеи Ф. Александра были поддержаны и развиты новыми сторонниками краткосрочной психодинамической терапии. Лидеры в теории и практике этого направления: Л. Люборски, П. Кристоф, Д. Малан, П. Сифнеос, Х. Страпп и Дж. Биндер [5, 7, 10]. По мнению этих авторов, от классического психоанализа развиваемый ими терапевтический подход отличается рядом общих черт: более строго очерченными временными рамками (продолжительность лечения может составлять от 12 до 50 сессий), фокусировкой на межличностных проблемах более чем на интрапсихическом конфликте, активной и менее эмоционально нейтральной позицией терапевта.

Концепция, разработанная Д. Маланом [7], отражает как давние, так и современные тенденции сторонников психоанализа создать различные варианты краткосрочной психодинамически-ориентированной психотерапии. Стремясь к повышению эффективности и одновременно экономичности психоаналитической психотерапии, была предпринята попытка разработать проблему актуальных, или «фокальных», конфликтов, предполагая, что устранение подобного конфликта будет сопровождаться положительными изменениями в состоянии пациента.

П. Сифнеос [10] предложил близкую к фокусной концепцию краткосрочной динамически-ориентированной психотерапии, которая была противопоставлена суппортивной (поддерживающей) психотерапии.

Следует отметить, что, несмотря на ряд отступлений от психоаналитического сеттинга, сторонники краткосрочной динамической терапии причисляют себя к наследникам психоаналитической метапсихологии, использующим ее основные психоаналитические принципы, включая анализ сопротивления, ценность интерпретации, важность создания сильного рабочего альянса [4].

Появление модификаций психоаналитической терапии отвечает запросам практики и прежде всего – дифференциации самих пациентов, чье актуальное состояние, степень тяжести расстройства, сохранность или затронутость личностных структур требуют тщательно анализа и учета.

Целью данной работы явилось исследование основных концепций краткосрочной психодинамической психотерапии и изучение возможности их применения в лечении пациентов со стрессовыми расстройствами.

В основе динамического подхода в психотерапии лежит стремление достичь понимания динамики психической жизни индивида на основании концепции бессознательного. Динамическая (или психодинамическая) психотерапия известна также под названием «психоаналитической психотерапии», «ориентированной на инсайт терапии», «эксплоративной психотерапии». Внимание в ней акцентируется на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения – через особые когнитивные механизмы или защиты, межличност-

ное взаимодействие и восприятие партнера по общению через перенос, которому пациент следует в течение жизни, и который, таким образом, влияет на его психическое состояние и поведение. Согласно основным принципам психодинамической психотерапии, в понимании природы человека и его болезней определяющим выступает то, что все психические феномены являются результатом взаимодействия и борьбы интрапсихических сил [2].

Психодинамическая терапия фокусируется на воздействии прошлого опыта (когнитивные способности, аффекты, фантазии и поступки) на актуальное психическое состояние и поведение пациента. Целью ее является понимание функционирования психологических защитных механизмов и трансферентных реакций (переноса) в том их виде, в котором они проявляются в ходе общения пациента с терапевтом. В процессе психодинамической психотерапии используются такие терапевтические приемы, как терапевтический альянс, свободное ассоциирование, интерпретация защит, сопротивления и трансфера (переноса). Оптимальная частота сеансов – 2 раза в неделю. Основное расположение пациента и терапевта – «лицом к лицу».

Диагностическая стадия в психодинамической психотерапии занимает от 1 до 4 сессий и включает клинический диагноз, оценку вариантов поведения пациента, несущих угрозу жизни и здоровью, изучение опасений больного в связи с началом лечения. Также исследуются обстоятельства, в которых возникло нарушение психического функционирования и в которых произошло обращение за помощью, общая история жизни, значимые объекты в прошлом, наиболее ранние воспоминания, недавние или повторяющиеся сновидения, опыт прежних обращений к психотерапевтам, характер обращения пациента к психотерапевтом.

В начале лечения важной задачей является информирование пациента о следующих понятиях и явлениях: прошлое как образец настоящего, трансфер (перенос), защита, сопротивление, а также описание и объяснение «пассивной» манеры психотерапевта. При этом перед пациентом ставятся следующие задачи: стремиться к установлению рабочего альянса с психотерапевтом, учиться свободно ассоциировать, оценивать по достоинству атмосферу безопасности, признать разочарование начальной фазы лечения, достигать понимания трансфера, защит и сопротивления, учиться работать с содержанием сновидений [4].

Для психодинамической диагностики О. Кернберг [3] предлагает структурный подход, позволяющий выявить: качество объектных отношений, степень интегрированности Супер-эго, природу примитивного переноса. Он определяет тип личностной организации – невротический, пограничный и психотический с точки зрения решения трех важных задач: определения степени интеграции идентичности, выявления типов защитных механизмов, обнаружения способности к тестированию реальности. Для выполнения этих задач им разработано специальное структурное интервью, которое позволяет

оценить мотивацию пациента, готовность к психотерапии, формы сопротивления, тип рекомендованной психотерапии. В структурном интервью выделяются три фазы: начальная, средняя и заключительная.

1. Начальная фаза состоит в том, что терапевт задает вопросы о причинах обращения, о главных симптомах и трудностях, об ожиданиях пациента. На этой же фазе выясняется способность пациента понять серию вопросов и выяснить, насколько он осознает свои нарушения, хочет ли избавиться от них, насколько реалистичны его ожидания. Уже на первой фазе структурного интервью можно определить уровень личностной организации. Если пациент способен ясно и полно давать картину симптомов, то терапевт может задавать следующие дополнительные вопросы: «Можете ли вы описать отдельные аспекты своих симптомов?», «Как они развивались, какие с ними связаны явления?». На этой же фазе проверяется уровень тестирования реальности.

2. В средней фазе интервью формулируется задача оценить идентичность пациента – диффузная она или интегрированная. При исследовании проблем пациента у него может усиливаться тревога, расти беспокойство, актуализироваться защитные механизмы. Терапевт оценивает их зрелость и устойчивость проявления, выявляет эго-специфические аспекты Я. Проверяются и так называемые неспецифические аспекты Я – способность переносить тревогу, наличие/отсутствие контроля над импульсом и наличие/отсутствие зрелых способов сублимирования. Это особенно актуально при работе с пациентами, перенесшими стрессовую ситуацию.

Способность переносить тревогу характеризуется степенью, с которой пациент может выдерживать эмоциональное напряжение; контроль над импульсом характеризуется степенью, с которой пациент может переживать инстинктивное желание и не действовать импульсивно.

На этой фазе тестируется полное или частичное отсутствие интеграции Супер-эго. В средней фазе структурного интервью исследуются невротические симптомы и патологические черты характера, основные механизмы защиты, синдром диффузной идентичности, уровень тестирования реальности.

3. В заключительной фазе структурного интервью пациенту предлагается добавить то, что ему кажется важным, и что он еще не сообщил психотерапевту. Обсуждается окончательное решение о состоянии пациента, терапии, диагнозе.

При проведении психодинамической диагностики П. Урсано [9] рекомендует перед началом психотерапевтического лечения, помимо подробного описания истории жизни пациента, исследовать:

- обстоятельства (прежде всего, психологического плана), в которых возникло данное расстройство, включая также обстоятельства обращения пациента за психологической (психотерапевтической) помощью;
- все важные для пациента объекты в прошлом;
- самое раннее воспоминание;
- недавние или повторяющиеся сновидения;

- опыт от предыдущих курсов лечения и проводивших их терапевтов;

- способ взаимодействия пациента с психотерапевтом и реакцию на пробную интерпретацию;

- стремление пациента к сотрудничеству.

Д. Малан [7] предлагает на диагностической стадии выделить главный (или фокальный) психологический конфликт, который, как правило, высвечивается при тщательном анализе значимых ранних травм в жизни пациента, а также повторяющихся вариантов (или стереотипов) поведения. Обычно же фокальный конфликт достаточно явно и активно проявляет себя в жизни пациента тем или иным образом. Пробная интерпретация фокального конфликта весьма часто приводит к яркому эмоциональному ответу. При анализе фокального конфликта следует обращать внимание на переживания, связанные как с утратой чего-то значимого для пациента, так и с его успехом. Также необходимо учитывать те области психического аппарата, где наблюдается явное торможение реакции пациента на интервенции со стороны психотерапевта (эмоции, интеллект и т.д.). Центрирование на том или ином фокальном конфликте должно осуществляться в отношении какой-то трансферной фигуры (значимой для пациента личности).

Перед тем, как проводить краткосрочную психодинамическую психотерапию, необходимо выяснить, насколько пациент удовлетворяет целому ряду требований, которые обозначаются как психодинамические признаки [9].

Наиболее важны из них следующие:

- достаточная сила Эго (удовлетворительный уровень интеллекта, образования, зрелое сексуальное поведение, наличие у клиента определенного рода занятий, а также способности принимать на себя ответственность);

- по крайней мере, одна история межличностных отношений в прошлом, указывающая на способность клиента к базисному доверию, которое является существенным для формирования рабочего (терапевтического) альянса;

- способность к взаимодействию с терапевтом (способность к позитивному переносу);

- способность мыслить в психологических понятиях (способность рассматривать собственные психические переживания в качестве объекта изучения);

- способность испытывать чувства (то есть быть в контакте с внутренними переживаниями);

- сильная мотивация к изменениям (не просто сильное желание освободиться от симптомов, но и понимание того, что могут потребоваться некоторые изменения привычных адаптационных паттернов);

- конструктивная реакция на пробную интерпретацию терапевта;

- наличие узлового конфликта, вокруг которого сосредоточено большинство проблем пациента.

Указанные выше критерии отбора пациентов для проведения психотерапии сами по себе не обязательно указывают на тяжесть психопатологических проявлений.

Пациенты, которым подходит этот метод, могут находиться в зоне пограничной психической патологии, в том числе донозологического уровня, и относится к широкому спектру нарушений, связанному со стрессом.

Типичными показаниями для краткосрочной психодинамической терапии являются стрессовые расстройства: реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации).

В качестве противопоказаний к проведению данного метода следует назвать, прежде всего, выраженную депрессию, расстройства психотического уровня, тенденцию к патологическому отреагированию переживаний в виде суицидального или наркоманического поведения.

Метод может сочетаться с медикаментозной терапией антидепрессантами.

Обзор методов краткосрочной психодинамической психотерапии

В настоящее время в рамках психоаналитической практики сосуществуют различные концепции краткосрочной терапии. Методы лечения, которые можно считать психоаналитическими, поскольку они подразумевают систематическое исследование, анализ и интерпретацию феноменов сопротивления, переноса и контрпереноса, включают в себя «методы аналитической ориентации», применяемые при лечении стрессовых расстройств: экстренная психоаналитическая психотерапия, экстренное вмешательство, краткосрочная психоаналитическая фокусная психотерапия, психоаналитическая консультация, поддерживающая психоаналитическая психотерапия.

Краткосрочная психодинамическая фокусная терапия

В основе фокусной психотерапии лежит представление, опирающееся на высказывания пациентов о том, что их расстройство вызвано конфликтом. Терапевтическая значимость «фокуса» определяется совместно психотерапевтом и пациентом и требует ответа на следующие вопросы: стоит ли остановиться на данном конфликте с целью последующей его переработки, нужно ли его модифицировать или сформулировать заново. «Переносные указания» в особенности плодотворны, если они попадают на «линии связи» между порождающими отношениями прошлого и отношениями, актуальными для излечения. В системе фокусной терапии важным моментом является преодоление негативных эмоций (агрессия, печаль и др.), связанных с предполагаемым окончанием лечения [7].

Показания и прогноз эффективности данного вида психотерапии определяются рядом факторов: наличием гипотезы о существовании какого-либо фокального конфликта у данного пациента; его желанием и способностями к сотрудничеству в условиях интерпретирующего конфронтационного процесса, который неизбежно сопровождается эмоциональным напряжением. Ответ на эти вопросы может быть получен лишь на основании интерпретации материала первых (пробных) сеансов психотерапии.

При описании основных механизмов лечебного действия фокусной психотерапии обычно подчеркивается роль коррективного эмоционального опыта [7].

Важнейшую роль в фокусной психотерапии играет вводимый в психотерапевтический процесс с самого его начала фактор «временных рамок», который интенсифицирует постановку терапевтических целей, разработку плана терапии, даже если вначале речь идет лишь о предположениях и намерениях.

Основные технические приемы психодинамической фокусной психотерапии связаны с анализом психологических защитных механизмов, интерпретациями трансфера и восстановлением по возможности полной истории заболевания. Не менее важной технической особенностью психодинамической психотерапии в ее краткосрочной форме является «мягкое игнорирование» психологических проблем вне фокуса анализируемого конфликта. Очень значима завершающая стадия терапии, которая должна подводить четкий итог психотерапевтической работе над переживаниями пациента в связи с фокальным конфликтом и акцентом на рациональное отношение к проблеме.

«Фокус» представляет собой «тематический перекресток, который становится исходной точкой толкования. Терапевту необходимо выявить аналогичные структуры в сфере «текущих отношений», в сфере «обстоятельств младенческой поры» и в сфере «обстоятельств переноса». Это позволяет постепенно достигнуть понимания сущности бессознательного конфликта. Графически «фокус» можно представить в виде скрещения трех вышеперечисленных сфер.

Решающее значение имеют готовность пациента приступить к целенаправленному анализу конфликта, высокая степень мотивации и способность к позитивной реакции на толкование. В этом случае можно рассчитывать на то, что фокусная терапия принесет хорошие результаты.

Экстренная психоаналитическая психотерапия или экстренное вмешательство

Показания к применению и цель: краткосрочная психотерапия, применяемая в качестве неотложной помощи в экстренных случаях с целью оперативного устранения явных симптомов или расстройства адаптации, при котором пациент, в связи с характерным внутренним стрессовым состоянием или внешними стрессовыми условиями подвержен декомпенсации и неспособен самостоятельно преодолеть острый текущий кризис.

Типичный терапевтический метод: здесь уровень терапевтической активности выше, терапевт готов оказать пациенту поддержку, осуществляет интерпретации только в крайнем случае, психодинамическое значение кризиса выявляется в ходе интерпретации, если это возможно [4].

Данное вмешательство возможно применить в основном при следующих нозологических состояниях по МКБ-10: реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, для купирования острого состояния и уменьше-

ния тревоги. В сочетании с медикаментозной терапией наблюдается положительная динамика при кризисных состояниях, связанных с тревожно-депрессивной и ипохондрической симптоматикой.

Продолжительность лечения: 1 – 5 сеансов.

Поддерживающая психоаналитическая психотерапия

Поддерживающая психотерапия использует поддерживающие технические приемы, основанные на психоаналитических концепциях.

Применяется для пациентов, у которых недостаточно мотивации или психологического мышления, либо же способности и желания участвовать в более интенсивной (экспрессивной) психоаналитической психотерапии. Необходимо подчеркнуть, что такие факторы, как явное отсутствие времени для психотерапии (короткий отрезок времени нахождения пациента в стационаре), отсутствие мотивации, способности к интроспекции и психологического мышления, должны быть оценены, прежде чем останавливать свой выбор на данном виде психотерапии [4].

Поддерживающая психотерапия в стационарных условиях применяется у пациентов с пограничной личностной организацией, которые не способны выполнить предварительные условия для экспрессивной (фокусной) терапии. При этом уровень интеллекта пациента должен соответствовать достаточно сложной вербальной психотерапии, а саморазрушительное поведение находится под контролем. Когда поддерживающая техника не в состоянии сдерживать саморазрушительного поведения, стационарные условия выполняют роль сдерживающего фактора и помогают лечению. Акцент на реальности, присутствующий в поддерживающей психотерапии, снижает влияние тяжелой негативной терапевтической реакции, которая могла бы ухудшиться при более экспрессивном подходе, недостаточно структурирующем внешнюю жизнь пациента. На первом месте ставится задача изменения поведения пациента, а не изменение невозможной окружающей обстановки, поэтому поддерживающая психотерапия применяется у пациентов, чья жизненная ситуация не чрезмерно хаотична или деструктивна.

Продолжительность лечения: 5-30 сеансов.

Психоаналитическая консультация

Собирательное название консультативных мероприятий, которые проводятся в различных учреждениях с разными пациентами и всевозможными целями, например, воспитательная консультация, стимулирующая консультация, поддерживающая консультация; в основе методов консультирования лежат психоаналитические концепции. Консультант занимает активную позицию. Характеризуясь определенным типом отношений врач-больной, консультация с самой первой встречи предполагает психотерапевтический эффект, также позволяет собрать необходимые для диагностики и адаптированного терапевтического ведения психологические, социологические и биологические данные. В случае необходимости предполагает встречи с родственниками или супругами, а также с лечащим врачом, социальным работником.

Показания для психоаналитической консультации:

- достаточно серьезная дезорганизация внешней жизни, требующая вмешательства;
- ощущение, что в данном случае требуется срочное вмешательство в социальную среду из-за каких-то опасных ситуаций в жизни пациента;
- хроническое отсутствие объектных отношений (пациенты, находящиеся в социальной изоляции);
- также наличие выраженных неспецифических проявлений слабости Эго.

В клинических условиях применяется на первых этапах взаимодействия с пациентами при выраженных стрессовых расстройствах в сочетании с пограничным расстройством личности и аффективными расстройствами, с целью диагностики и создания рамок терапевтического пространства с последующим переходом к поддерживающей психотерапии с элементами психоаналитической терапии.

Продолжительность лечения: 5-30 сеансов.

Заключение. В рамках психодинамического метода возможно эффективное использование наличных ресурсов психодинамической терапии, сочетая клинико-психопатологический подход и принципы психоаналитической метапсихологии. Метод психодинамической психотерапии сочетается с другими терапевтическими методиками, в том числе фармакотерапией, что особенно важно для пациентов со стрессовыми расстройствами, лечебно-реабилитационные мероприятия которых должны носить комплексный характер.

Литература:

1. Alexander F. et al. *Psychoanalytic therapy*. – New York: Ronald Press, 1946.
2. Бержезе Ж. *Психоаналитическая патопсихология*. – М., 2001. – С. 379-382.
3. Кернберг О. *Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии*. – М., 2000. – 429 с.
4. Куттер П. *Современный психоанализ*. – СПб., 1997. – 351 с.
5. Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. – New York: Basic Books, 1946.
6. Менцос С. *Психодинамические модели в психиатрии*. – М.: Алетейа, 2001. – 176 с.
7. Malan, D.H. *A study of brief psychotherapy*. – New York: Plenum, 1963.
8. Нюрберг Г. *Принципы психоанализа и их применение к лечению невротозов*. – М., 1999. – 360 с.
9. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. *Психодинамическая психотерапия*. – М., 2001. – 175 с.
10. Sifneos P. E. *The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients*. // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1973. – 22. – 255-62.

ПСИХОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИИ – СТАНОВЛЕНИЕ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

Бабин С.М., Случевская С.Ф.

*Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург*

*«Лечить можно, только если веришь в лечение»
Принцип терапии в клинике «Ментершвайге»
Г. Аммона*

Когда мы говорим о психотерапии душевнобольных, то прежде чем обсуждать организацию работы и/или отдельные методы и техники терапии необходимо рассмотреть мировоззренческие вопросы. Самое важное — научиться рассматривать пациента как субъекта, личность, а не как объект лечебных манипуляций, пусть даже и «психотерапевтических». К сожалению, этому вопросу уделяется мало внимания, как в ходе научных форумов, так и в процессе подготовки специалистов. В этом может помочь переход от узкой, преимущественно естественно-научной трактовки психического заболевания и пациента к более широкому взгляду, ориентирующемуся на широкий круг гуманитарных, антропологических и философских подходов.

Мировоззренческие вопросы. В первую очередь, необходимо затронуть вопросы не столько медицинского, сколько социально-политического характера. Постепенная гуманизация психиатрической помощи, происходящая в нашей стране параллельно с процессом перехода

от тоталитарной системы к демократическому устройству общества, неизбежно поднимает вопросы ответственности, власти, зависимости и/или независимости от государственных структур и др. Тоталитарная организация, идет ли речь о стране в целом или психиатрическом стационаре, в частности, создает иллюзию порядка и безопасности. Демократическое устройство изначально несет в себе больше потенциального риска, но, соответственно, значительно эффективнее и жизнеспособнее. В конкретных социальных условиях общество каждый раз выбирает меру свободы и/или ее ограничения, исходя из собственных предпочтений. Учитывая печальный опыт недавней истории страны, вряд ли можно ожидать от власти готовности безболезненно уступить часть своих гипертрофированных полномочий, также как и от населения, в том числе самих пациентов и членов их семей, воспользоваться предоставленной свободой.

Применительно к данной теме это приводит к преувеличению роли медицинской модели в системе оказания психиатрической помощи, сохранению патерналистских тенденций, нежеланию допустить в «святынях» независимые негосударственные общественные организации и т.п. Это явно входит в противоречие с современными тенденциями развития мировой психиатрии, где речь идет о перемещении децентрализованной и деинституционализированной психиатрической помощи непосредственно к ее потребителю, в его ближайшее социальное окружение, с максимальным привлечением всевозможных государственных и общественных структур. [10, 14]. В этом плане, понимание проблемы и желание наметить пути ее решения со стороны руководства российской психиатрии вступает в противоречие с неосознаваемыми установками значительной части психиатрической общественности. Бессознательная основа подобных взглядов, которые с трудом изменяются под действием рациональных аргументов, наводит на аналогию с распространением стигматизации в обществе и слабой эффективностью просветительских программ.

Как показывает наш опыт, психотерапия как область деятельности, и врачи-психотерапевты, клинические психологи, социальные работники как профессионалы в системе оказания психиатрической помощи, в меньшей степени подвержены давлению устоявшихся взглядов и более других способны реализовать биопсихосоциальный подход и принять активное участие в коренном реформировании отечественной психиатрии. Сама многоплановость понятия психотерапии, ее междисциплинарный характер, определяют как специфику подготовки специалиста, так и потенциальную возможность справиться с новыми задачами, возникающими в российской психиатрии.

В основе традиционной немецкой и российской психиатрии лежит отношение к психическому заболеванию как к обусловленному неизвестной соматической (генетической) этиологией, что делает целенаправленную терапию невозможной по определению, а самого душевнобольного рассматривает в качестве носителя болезни,

чье поведение недоступно пониманию. Высказывалось мнение, что подобное отношение является выражением естественнонаучной психологической защиты по типу рационализации, которое позволяет специалисту максимально дистанцироваться от крайне болезненной жизненной действительности психически больного [3].

Естественнонаучная подготовка врачей-психиатров неизбежно ограничивает арсенал используемых ими терапевтических средств, преимущественно психофармакотерапией. Эта ситуация находится в явном противоречии с декларируемым биопсихосоциальным подходом к психическому расстройству. Опыт мировой и отечественной психиатрии свидетельствует, что только в рамках полипрофессиональной терапевтической команды возможна эффективная организация лечебной помощи, ориентирующаяся на все составляющие компоненты современной модели душевного заболевания – биологический, психологический и социальный [10].

Как уже было сказано, подготовка врачей в нашей стране до настоящего времени остается преимущественно биологически ориентированной, и психиатрия с психотерапией, к сожалению, не являются исключением. При этом сама история возникновения психотерапии как области деятельности и специальности говорит о том, что проблемы духовной жизни всегда находились в центре ее внимания. Можно сослаться на первый учебник психотерапии, опубликованный в 1751 г. Иоганном Христианом Больтенем, в котором он дает следующее определение «психологического лечения» (психотерапии в нашем сегодняшнем понимании) – «это такое врачевание души, которое проводится в соответствии с законами, проистекающими из природы души». Из чего логично и четко следует указание на то, что «...врачеватель, посвятивший себя практической работе и не изучавший философии, есть не что иное, как одушевленная аптека» (цит. по У.Г. Петерс [17]). Представляется очевидным необходимость изменения системы подготовки врачебных кадров в области психического здоровья, для того чтобы преобразовать «одушевленные аптеки» в специалистов, ориентирующихся не только в естественнонаучном мире, но и в психологическом и духовном мирах.

Концепция биопсихосоциальной модели психического расстройства вновь возвращает нас к идее рассмотрения человека как некоей целостности, находящейся в неразрывной связи с самим собой и окружением, бытием-в-мире. Возможно, именно философские основы этого понимания и видения позволят дополнить и расширить современный преимущественно декларативный и/или исключительно технологический подход к оказанию психиатрической помощи. Как писал К. Ясперс (1997), «когда объектом исследования становится человек во всей полноте «человеческого», а не просто человек как биологический вид, психопатология обнаруживает свойство гуманитарной науки» [26].

Феноменологический метод. Нам представляется, что определенным связующим звеном, общим полем для соединения естественнонаучных психиатрических

подходов и гуманитарно-ориентированных психотерапевтических парадигм может стать феноменологический метод. Понятие «феноменология» используется тогда, когда речь идет об особом феноменологическом, досконально-описательном, беспредпосылочном исследовании и досконально-описательно выявленных характеристиках чего-либо [22]. В нашем контексте речь идет о субъективных переживаниях душевнобольных. По мнению многих исследователей именно феноменологический метод является наиболее характерной особенностью феноменологии как направления [23]. Феноменология – это, прежде всего, метод познания, а не система взглядов и истин [19]. Формально мы все знакомы с феноменологической психиатрией, например, с базовым для немецких и российских специалистов трудом К. Ясперса «Общая психопатология» (1913), который содержит целые разделы, посвященные феноменологическому описанию различных психических расстройств. Однако при более тщательном рассмотрении картина получается не столь радужна. Такие классики феноменологической психиатрии, как Ю. Минковский, В.Е. фон Гибсаттель, Л. Бинсвангер, Э. Страус, А. Кронфельд, Г. Элленбергер рядовому врачу или психологу известны значительно меньше или неизвестны совсем, да и «Общая психопатология» скорее остается раритетом на книжной полке, чем актуальной и востребованной работой.

Вряд ли кто-то оспорит утверждение о том, что для практикующего врача-психиатра (психотерапевта) феноменологический подход мог бы стать одним из ведущих. Но, по мнению Л. Эмбри [25], феноменологическая традиция в психиатрии существовала лишь до начала первой мировой войны. Прошел огромный период времени, изменивший сознание врачей до неузнаваемости. А терминология осталась прежней. Феноменологическим подходом нарекают в психиатрии описание всего лишь психического статуса или симптома (синдрома), чаще путая его с естественнонаучным методом описания. Отголоски феноменологического подхода, потерявшие свой изначальный смысл, закрепились в качестве атрибутов диагностической технологии как традиции в отечественной школе в виде «здравого смысла», «богатого опыта», интуиции, диагноза по первому впечатлению или «от анамнеза». Вопреки феноменологическим принципам, эти механизмы нередко лежат в основе диагностической предубежденности, неоднозначных диагностических толкований, освобождают врача от самоконтроля и самокоррекции [21]. А не ровно ли обратный смысл имеет феноменология как таковая?

Такие метаморфозы претерпело слово «феноменология» в сознании психиатров. Хотя вряд ли кто-либо из психиатров обучался методам феноменологической рефлексии, эпохе, рефлексивного анализа. Все это остается за рамками образования и в лучшем случае имеет лишь характер осведомленности [5]. В этой связи хочется отметить появление монографии «Введение в психиатрию. Критическая психопатология» Ю.С. Савенко (2013), президента Независимой психиатрической ассоциации России

[20]. В книге показано, что «основной метод клинической психиатрии – феноменологическое описание (а не естественнонаучное) – является самым сложным, так как требует высокого уровня критической рефлексии, интеграции феноменологических и индуктивных единиц анализа».

«Возвращение к феноменологическому методу» может происходить в ходе последипломной подготовки специалистов, где исходя из нашего опыта, можно сочетать различные подходы. Например, знакомство с разборами известных клинических случаев (Л. Бинсвангера, Р. Мэя, И. Ялома, материалов из Цолликоновских семинаров М. Хайдеггера и др.), на примере которых профессионалы могут непосредственно оценить как диагностические, так и терапевтические феноменологически ориентированные подходы к реальным пациентам. Но в центре подготовки должна быть непосредственная практика, пусть вначале и учебная, тренинговая, в ходе которой необходимо лично освоить, «попробовать на вкус», пропустить через себя все процедуры феноменологического метода.

Психотерапевтическая лаборатория. Для формирования, сохранения и развития профессиональной идентичности любому специалисту необходимо регулярное профессиональное общение в кругу коллег. В этом смысле, различные формы последипломного образования, даже в виде современных непрерывных форм, не позволяют полностью решить эту задачу. Это особенно актуально для врача-психотерапевта, чаще всего работающего индивидуально в своем кабинете амбулаторно или в окружении иных специалистов в стационаре. Для решения этой задачи в стационарных условиях существуют две возможные формы организации. Врачи-психотерапевты психиатрической больницы могут быть объединены в единое подразделение – или на функциональной основе или выведенные за штат своих подразделений и соединенные в единую межбольничную структуру. Последний вариант нам представляется предпочтительным, так как, учитывая реалии отечественного здравоохранения и конкретный опыт ЛПУ, где подобные формы были внедрены, любые «функциональные» объединения не выдерживают столкновения с действительностью и рано или поздно перестают эффективно и регулярно функционировать.

Разумеется, речь идет о врача-психотерапевтах как независимых специалистах, работающих на своих ставках. Распространенная практика, когда врач-психиатр, формально имеющий сертификат психотерапевта, совмещает должность врача-психотерапевта, представляется нам не отвечающим современным требованиям к организации психиатрической помощи. Подобная форма работы может быть приемлемой и эффективной только в отдельных подразделениях, специализирующихся, преимущественно, на оказании психотерапевтической помощи (отделение психотерапии, медико-реабилитационное, дневной стационар соответствующего типа и т.п.), но не в обычных общепсихиатрических отделениях стационара. Но даже в этих условиях совмещение профессиональных ролей – сложная задача, требующая своей организации и отдельной проработки в ходе регулярных групповых

интервизий/супервизий. В обычном отделении психиатрии, как ведущая область деятельности, неизбежно будет требовать от специалиста значительных временных и интеллектуальных ресурсов, что в итоге приведет к игнорированию психотерапевтического аспекта работы, или, в лучшем случае, к формальному исполнению «роли» психотерапевта на какой-либо изолированной группе (психологической и т.п.).

Таким образом, с целью координации работы врачей-психотерапевтов, учитывая особенности некоторых форм и методов психотерапии, широко применяемых в стационаре (например, групповая психотерапия), целесообразно объединение специалистов в единое подразделение, аналогично существующим во многих лечебно-профилактических учреждениях психологическим лабораториям. Врачи-психотерапевты могут быть выведены из штатов отделений и включены в штат межбольничной психотерапевтической лаборатории. Конечно, это возможно только в том случае, когда в лечебном учреждении присутствует не один врач-психотерапевт, а подразделения укомплектованы в соответствии с существующими нормативами.

Преимущества подобного слияния очевидны: в первую очередь, единое руководство дает возможность значительно больше времени уделять деятельности по совершенствованию профессионального мастерства и выработке навыков командной (бригадной) работы. Это не только освоение тех или иных терапевтических методик, что также существенно. Более значима работа по повышению компетентности в профессиональном общении с пациентом, устранению личностных «слепых пятен» у психотерапевта. Формирование и развитие бригады единомышленников требует длительной работы в профессиональной группе. Врачи-психотерапевты, «распыленные» по различным психиатрическим отделениям большой больницы, сталкиваются с проблемой профессиональной идентичности. Ситуация усугубляется, во-первых, недостаточной профессиональной зрелостью психотерапевтов – новое направление работы в психиатрической клинике привлекает, преимущественно, молодых специалистов. Во-вторых, единая давно сформированная превалирующая по численности психиатрическая профессиональная среда с преимущественно биологической «парадигмой» психического расстройства пытается активно навязать свое понимание терапии новым специалистам. Речь идет не столько о сознательных усилиях, сколько о бессознательной динамике внутри врачебного коллектива. Объединение психотерапевтов в единое подразделение и целенаправленная работа по формированию новой профессиональной идентичности позволит справиться с подобными проблемами.

Кроме того, с организационной точки зрения, единая психотерапевтическая лаборатория дает возможность администрации гибко перераспределять имеющиеся (и обычно всегда недостаточные) ресурсы врачей-психотерапевтов между отделениями, компенсировать ежегодные отпуска, отсутствие специалистов в связи с учебой и т.п.

Помимо профессионального роста единая психотерапевтическая лаборатория дает возможность параллельной специализации по отдельным методикам психотерапии, актуальным для психиатрического стационара, наряду с сохранением и развитием единых «универсальных» навыков работы. Ряд психотерапевтов могут совершенствоваться по таким невербальным методикам, как арт-терапия, танцевальная психотерапия, активная музыкотерапия и др. Подобная специализация закономерна и естественна для профессионального развития специалиста и соответствует общей практике, как в нашей стране, так и за рубежом. В условиях работы в составе многопрофильной бригады и/или единого реабилитационного центра стационара это позволяет оказывать более качественную и специализированную помощь. Однако, осваивая новые и оригинальные методики и техники, нельзя забывать о базовых основах психотерапии психически больных. Учитывая структуру обычной психиатрической больницы (малопрофилизированные общепсихиатрические отделения), работа в рамках отдельных психотерапевтических методов, не объединенных в единую систему, нарушает общедоступный комплексный интегративный характер психотерапевтической помощи. С целью предотвращения подобного развития событий нами была предложена четкая схема работы единой психотерапевтической лаборатории больницы [4]. Так, четыре раза в неделю в определенное фиксированное время в каждом психиатрическом отделении в обязательном порядке проводятся открытые психотерапевтические группы, причем 2 из них вербальные и 2 группы с использованием преимущественно невербальных техник (конкретные методики – на усмотрение психотерапевта). Для того чтобы добиться формирования смешанных по полу групп, психиатрические мужские и женские отделения, и соответственно, их врачи-психотерапевты функционируют совместно.

Обоснованием подобной системы организации работы послужили следующие соображения. В психиатрических отделениях, учитывая небольшие, с точки зрения динамической психотерапии, сроки пребывания пациентов, групповая психотерапия позволяет охватить более широкий контингент больных, и к тому же сфокусировать лечебное воздействие на одной из самых болезненных сторон пациента с психическими расстройствами – нарушении межличностного общения. Для терапевтического сообщества групповые методы являются принципиальным условием работы. При этом индивидуальная терапия и поддержка рассматриваются в качестве базовых.

Акцент на невербальные психотерапевтические методики объясняется тем значением, которое придается в динамической психиатрии стадии довербального общения при так называемых архаических заболеваниях «Я» (психотические расстройства, пограничный синдром, деструктивная сексуальность). Можно сказать, что проблемы у лиц с психотическим уровнем расстройств возникли в тот период, когда речь еще не была сформирована, и, следовательно, переживания пациента нельзя описать

вербально. М. Балинт (2002) называл это состояние «базисным дефектом» и предлагал вместо классической словесной интерпретации вначале предоставить пациенту возможность пережить подобное состояние [7]. С этой точки зрения, именно невербальные методики являются тем ключом, с помощью которого можно проникнуть и провести пациента на уровень «базисного дефекта». Однако необходимо ясно представлять, что понимание на вербальном уровне все равно необходимо, даже если основная терапия проводится в невербальной области. М. Балинт в этой связи говорил о необходимости «...донести свое понимание пациенту», а Г. Аммон (1995) отмечал важность вербального закрепления в группе через языковые средства результатов невербальной терапии [3]. Следовательно, невербальные методики более эффективны в комплексной системе лечения, объединяющей различные методы терапии.

Наличие в группе пациентов обоего пола диктуется требованиями воспроизведения в терапевтической ситуации реальной жизненной динамики пациента, в том числе его первичной родительской группы. Работа с искусственными однополюсными группами еще больше нарушает групповую динамику, искажает процесс множественного переноса и делает фактически невозможным восстановление идентичности пациента. В условиях психиатрических стационаров обычно возникает масса трудностей, в том числе технического и организационного характера при выполнении данного требования. Например, мужские и женские психиатрические отделения находятся в разных корпусах, не соединенных между собой переходами, или помещение для групповой работы расположено таким образом, что женщины вынуждены проходить через все мужское отделение, прежде чем попасть в рабочую зону. Совместная групповая терапия пациентов из разных отделений требует согласования графика их работы и т. п. Все это лишний раз свидетельствует о том, что необходима коренная реорганизация деятельности психиатрической службы, в частности, создание смешанных по полу отделений, страх перед которыми скорее объясняется иррациональными мотивами со стороны специалистов, например, подавлением и отрицанием сексуальности и/или стремлением к тотальному контролю, чем реальными опасностями и проблемами [2].

В заключение можно отметить, что четкая схема проведения групповой терапии (конкретные группы четыре раза в неделю) позволяет легче контролировать работу психотерапевтов отделений. При этом один день в неделю (при пятидневной рабочей неделе) специально выделяется для работы той или иной профессиональной группы специалистов (балинтовские группы, супервизии, освоение новых методик работы и др.).

Медицинский психолог. Внедрение бригадного подхода к работе делает весьма актуальной проблему взаимоотношений между различными специалистами психиатрической клиники. Пациенты, отобранные на психотерапевтическое лечение, должны быть обязательно обследованы психологом, который составляет

и реализует свою часть лечебной и реабилитационной программы с соответствующими записями в истории болезни. Работа медицинского (клинического) психолога в терапевтической бригаде является необходимой и исключительно важной. При первичном психологическом обследовании формируется и уточняется функциональный диагноз пациента (отношение к болезни и лечению, зоны внутрличностных конфликтов, степень дезадаптации и др.) Психологическое исследование в динамике позволяет уточнить эффективность проводимых лечебных (в том числе, психотерапевтических) мероприятий и при необходимости их скорректировать. Частота психологического исследования определяется лечащим врачом-психиатром и/или психотерапевтом. Обязательным является психологическое исследование в динамике, как минимум, в начале и по окончании психотерапевтической работы с пациентом.

При этом также могут возникать проблемы как организационного, так и в значительной степени психологического характера. Недостаточная укомплектованность штатов психиатрической службы медицинскими (клиническими) психологами, их загруженность диагностической и экспертной работой часто делает весьма затруднительным не только привлечение психологов к проведению каких-либо психосоциальных вмешательств, но и проведение ими обследования в рамках бригадного подхода. Следует учитывать, что традиционно именно диагностические и экспертные вопросы в психиатрии стоят на первом месте и подобное положение устраивает психиатров. Руководство психиатрической больницы, декларируя биопсихосоциальный подход и бригадную организацию работы, часто в реальности административно и материально стимулирует именно экспертную деятельность психолога в ущерб психосоциальным мероприятиям.

Требование обязательной психологической диагностики пациентов, проходящих психотерапию, не говоря уже об их участии в проведении терапевтических групп, существенно повышает привычную нагрузку психолога, без дополнительной материальной поддержки. Кроме того, сами психологи, занимаясь исключительно диагностикой, не проявляют активного желания развивать психокоррекционные техники, а врачи-психотерапевты, в свою очередь, видят смысл медицинской (клинической) психологии лишь в дифференциальной диагностике и серьезно не воспринимают иную деятельность психологов в рамках единой бригады. С другой стороны, во многих психиатрических ЛПУ из-за отсутствия подготовленных врачей-психотерапевтов весь объем реабилитационных мероприятий перекладывается на плечи медицинских психологов. Это существенным образом обедняет спектр возможных психотерапевтических вмешательств, а также не способствует улучшению психодиагностики пациентов. Очевидно, это связано с нечетким пониманием предмета медицинской (клинической) психологии в клинике и его возможностей [1]. Здесь существенно, во-первых, добиться соответствия психологического исследования

и заключения (для бригады) формулировкам и понятиям функционального диагноза, с чем непосредственно работает психотерапевт, и что позволит лучше направлять и оценивать его терапию; во-вторых, расширить спектр деятельности психологов в клинике за счет их участия в качестве ко-терапевтов (или единственных ведущих) в групповой работе и принятия ими на себя ответственности за организацию терапии средой в отделении.

Возрастание объема работы не должно пугать медицинских психологов. Исследование в рамках терапевтической бригады может быть менее громоздким, чем, например, при решении вопроса о трудоспособности, дифференциальной диагностике, экспертизе и т.п. Допустимо использование нескольких кратких «табличных» опросников и тестов, позволяющих решить указанные задачи с минимальными затратами. Какие именно методики использовать, решается совместно бригадой, и главное здесь – полезность результатов исследования для лечебно-реабилитационных мероприятий у конкретного пациента или группы больных. В рамках психологической лаборатории стационара целесообразно использовать одинаковые методики в однотипных психиатрических отделениях, что позволяет сравнивать эффективность их работы и дает общее представление об организации психосоциальной терапии в больнице в целом.

Помимо диагностического раздела работы медицинский психолог осуществляет психокоррекционные (психотерапевтические) мероприятия, как в индивидуальной, так и в групповой форме. Указанная работа проводится по направлению руководителя многопрофильной бригады врача-психиатра (или врача-психотерапевта) и им контролируется. Психолог также проводит обучение медицинского персонала и участвует в создании терапевтической среды в стационаре.

Конкретные формы организации деятельности медицинского психолога в составе многопрофильной бригады могут различаться. Так, например все медицинские психологи могут быть объединены в составе межбольничной психологической лаборатории и при этом специализируются в качестве условных «реабилитологов», проводящих индивидуальную и/или преимущественно групповую терапию, «психодиагностов», занимающихся экспериментально-психологическими исследованиями или «экспертов», занятых, в основном, СПЭК. Это позволяет унифицировать диагностический процесс и психосоциальную терапию в различных подразделениях стационара, и облегчает взаимозаменяемость специалистов. С другой стороны, подобная узкая профилизация существенно сужает профессиональные возможности психолога, и не соответствует требованиям нормативных документов. Компромиссом является периодическая ротация, например, раз в 6 месяцев, специализации психолога.

Опыт Клиники динамической психиатрии Мен-тершвайге [4, 16] может быть полезен для изменения отношения к традиционной психологической диагностике в психиатрии. Соединение в единое целое исследователь-

ских и терапевтических задач проявляется в том, что психологическое обследование рассматривается как процесс группового взаимодействия между психологом и пациентом. Его результаты, таким образом, значимы не только сами по себе, но и как дополнительный материал о взаимодействии с пациентом и контрпереносных реакциях исследователя. Интеграция этой информации, включение ее в единую групповую динамику в клинике объединяет психологическое исследование и другие групповые процессы (психотерапия, общее собрание, клинические разборы и др.) в целостную диагностическую и терапевтическую структуру. Фактически, на примере психологического исследования может быть показана модель бригадного взаимодействия и эффекта терапевтической среды. Результаты исследования, также как материал индивидуальной и групповой терапии, процессы в микс-группе и в большой группе, контрпереносные (в широком значении) реакции специалистов и пр. интегрируются в единое целое для понимания и терапии пациента. Подобной интеграции в клинике уделяется особое внимание. Объединяющим фактором в ее деятельности являются производственные совещания сотрудников, клинические разборы с участием всех заинтересованных специалистов и общие собрания пациентов и персонала.

Взаимодействие специалистов в бригаде (команде). В отечественной литературе и нормативных документах получил распространение термин «бригада» применительно к группе специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. Возможно, более адекватным представляется перевод понятия «team» как «команда». В дальнейшем изложении оба термина используются как синонимы.

Для формирования лечебно-реабилитационной бригады важны регулярные рабочие встречи всех участников бригады (например, раз в неделю), во время которых обсуждается настоящее состояние пациента, его динамика, особенности участия пациента в мероприятиях, проводимых различными специалистами, дальнейшая тактика лечения. Во время таких встреч психиатр, психотерапевт, психолог получают возможность, иногда впервые, взглянуть на «своего» пациента с иной точки зрения, что позволяет более целостно воспринять личность больного, рассматривать различные аспекты его функционирования в качестве равноправных. Это становится реальным в том случае, когда психолог, медицинская сестра, трудинструктор и т.п., являются для руководителя бригады – врача собеседниками, партнерами, а не просто поставщиками информации.

Во время рабочих встреч могут обсуждаться не только состояние и терапия больного, но и проблемы, связанные с профессиональной деятельностью членов бригады, их взаимодействие с пациентом и друг с другом. В этой связи представляется, что наиболее адекватным методом подготовки специалиста для работы в команде является опыт той или иной групповой терапии. Фактически встреча специалистов в рамках единой бригады – это модель групповой работы со всеми вытекающими

последствиями, например, групповой динамикой, фазами формирования группы, влиянием других групп и пр. Психотерапевты и медицинские (клинические) психологи в силу особенностей своего профессионального образования и ежедневной деятельности лучше подготовлены к такой работе, чем психиатры и социальные работники. Это ставит конкретные задачи перед системой последипломного образования.

Привлечение врачей-психиатров к участию в различных видах психосоциальной терапии (организация терапии средой, общие собрания и др.), проведение ими психообразовательных групп способствует постепенному формированию навыка групповой работы и лучшему пониманию смысла полипрофессиональной деятельности. Переход к биопсихосоциальной модели оказания помощи возможен только при активном участии в этой работе основных сотрудников психиатрических учреждений – врачей-психиатров.

Сопоставление бригадного (командного) подхода с работой группы приводит к необходимости сформулировать определенные требования к организации такой деятельности в лечебном учреждении. Так, состав бригады должен быть относительно стабильным (по аналогии с закрытой группой), включать всех сотрудников, работающих с пациентом. Число сотрудников в бригаде от 3-5 человек до 10-15. Возможна работа в большой группе, объединяющей всех сотрудников клиники и пациентов (несколько десятков человек), как, например, в Клинике Менгершвайге, в этом случае наблюдается дополнительная групповая динамика, но работа большой группы эффективна лишь при условии параллельного существования обычных групп.

Бригада должна иметь специально выделенное помещение для встреч, конкретное заранее установленное время совместной дискуссии. Длительность подобной встречи специалистов может быть меньше стандартной для терапевтической группы (90-120 минут), но должна давать возможность высказаться каждому участнику группы, и, следовательно, зависит от состава бригады. Частота совместных обсуждений не может быть меньше одного раза в неделю, это определяется конкретными условиями лечебного учреждения, интенсивностью терапевтического процесса, сменой пациентов и пр. Важно, чтобы во время бригадной дискуссии обсуждался актуальный терапевтический процесс (принцип «здесь-и-сейчас»), а не события, имевшие место «на прошлой неделе». С точки зрения групповой динамики, должно пройти определенное время для того, чтобы вновь созданная группа специалистов, образовала работающую команду.

Существующие групповые нормы, регулирующие взаимодействие и взаимоотношения между участниками группы, представляются актуальными и для бригады специалистов. Разумеется, есть значимые отличия полипрофессионального подхода и групповой терапии, главным образом касающиеся вскрытия и работы с личными проблемами участников. Уместнее аналогия с групповой супервизией или балинтовской группой. Объединение в

бригаду лиц, находящихся в административных отношениях друг с другом, например, заведующего отделением и врача-психиатра, вносит дополнительную сложность в деятельность группы. Вновь возникает вопрос о подготовке, как отдельных участников бригады, так и ее руководителя (по аналогии с подготовкой группового терапевта). Когда руководителем бригады обычно выступает лечащий врач-психиатр или заведующий подразделением лечебно-профилактического учреждения, следует констатировать, что их психотерапевтическая и психологическая подготовка чаще всего далека от требуемой.

С целью формирования и закрепления бригадного подхода представляется целесообразным выделять конкретное время для проведения рабочей встречи всех членов команды. Это становится особенно значимым с точки зрения групповой динамики, и это же диктует необходимость привлекать к работе средний и младший медицинский персонал. Результаты обсуждения фиксируются в истории болезни.

Разумеется, «совместные осмотры» в бригаде не требуют обязательного одновременного присутствия нескольких специалистов в момент беседы с пациентом, хотя это и возможно. При этом беседа с пациентом одновременно 2-х или 3-х специалистов может быть весьма полезной для больного и является наилучшей возможностью профессиональной подготовки для всех членов бригады (контроль контрпереноса, супервизия и т.д.). Учитывая необходимость формирования новых отношений с пациентом, целесообразно говорить именно о «беседе», а не о «совместном осмотре».

Какие специалисты могут входить в состав терапевтической команды? В настоящее время это определяется конкретными условиями лечебного учреждения, степенью подготовленности его сотрудников. В качестве ориентира приведем мнение К. Дернера и У. Плог (1997), которые считают, что бригаду образуют «представители следующих профессиональных групп: средний и младший медицинский персонал, врач, социальный работник, специалист по терапии занятостью, психолог, специалист по лечебной физкультуре... – ядро бригады. Далее, в зависимости от задач отделения к бригаде могут относиться социологи, педагоги, священники, добровольные помощники без специального образования, музыканты, биохимик, специалист по труду, воспитатели» [11]. В конечном счете, речь должна идти о том, чтобы все сотрудники психиатрического стационара, так или иначе, участвовали в работе терапевтической бригады.

Таким образом, бригадная форма работы создает условия для обмена знаниями и навыками между различными специалистами; демонстрирует модель разнообразных и открытых отношений, как пациенту, так и членам бригады; вносит вклад не только в улучшение оказания психиатрической помощи, но и способствует личностному росту занятых там работников. Однако этот процесс весьма сложен и требует существенного реформирования существующей системы работы. Уместно привести слова немецких специалистов по социальной психиатрии: «Не

могут просто собраться два человека и решить: мы являемся бригадой. Можно задаться целью стать бригадой. Такая цель предполагает, однако, готовность долгое время терпеливо работать с собой и другими в направлении задуманной цели» [11].

Становление специалиста. Врач-психотерапевт – специалист с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело» или «педиатрия», прошедший подготовку по специальности «психиатрия» в интернатуре, клинической ординатуре, а также прошедший профессиональную переподготовку либо клиническую ординатуру по психотерапии в медицинском образовательном учреждении высшего или дополнительного профессионального образования, либо в профильных научно-исследовательских медицинских институтах в соответствии с требованиями к образовательному стандарту, типовой программой и учебным планом профессиональной переподготовки, утвержденными в установленном порядке (приказ МЗ РФ N 438 от 16.09.2003 г.).

Помимо формальных характеристик, самыми значимыми для успеха психотерапии являются параметры врача – его умение устанавливать терапевтический контакт с больным, неспецифические внерольные характеристики его поведения, требования, предъявляемые к его личным качествам и профессиональной подготовке.

Психотерапевтическое мышление должно стать личностной чертой, оно должно пронизывать весь стиль поведения врача, а не «одеваться как яркий галстук к парадному костюму психиатра». Для психотерапевта необходимы совершенное владение навыками общения, ролевая гибкость, эмоциональная стабильность, безупречный эмоциональный контроль. По выражению Г.С. Салливан, «психотерапия – это ситуация, в которой встречаются два человека, один из которых менее тревожен» (цит. по Вид В.Д. [8]).

Объем работы не позволяет подробно остановиться на проблеме взаимоотношений между пациентом и терапевтом – ключевом вопросе для психотерапии. «Взаимоотношения – это и есть терапия» [12]. Можно лишь перечислить некоторые параметры терапевтического контакта – явления переноса и контрпереноса; эмпатическое отношение, безусловное положительное принятие пациента, конгруэнтность и аутентичность психотерапевта (т.н. триада К. Роджерса), которые являются во многом определяющими для успеха психотерапии.

При каждой встрече с пациентом вопрос о контрпереносе («как действует на меня другой, что он во мне вызывает?») должен стать основой нашей деятельности [11].

В этой связи, огромное значение приобретает обязательное постоянное последипломное совершенствование своего профессионального уровня. Речь идет об участии в профессиональных и личностных тренингах, в Балинтовской группе и о процессе супервизии/интервизии. Различные формы и методы такой работы подробно изложены в специальной литературе [15, 9, 13, 24]. Мы остановимся лишь на самых основных моментах.

Тренинги позволяют не только освоить новые техники и методики, но и способствуют решению личностных проблем психотерапевта, которые в противном случае неизбежно бы влияли на терапию. С их помощью можно модифицировать нежелательные элементы своего поведения и лучше понять, что происходит с пациентом во время лечения, опробовав на себе предлагаемый метод.

При условии работы психотерапевтов в одном учреждении более предпочтительны Балинтовские группы. Они получили название по имени своего основателя психоаналитика Михаэля Балинта. Целью и задачами балинтовских групп является повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личностных «слепых пятен», мешающих терапевтическим отношениям с пациентом; расширение представлений о возможностях лечебного процесса; психопрофилактика участников группы, основанная на возможности проработки «неудачных случаев» в ситуации групповой поддержки. Основным объектом исследования в классических балинтовских группах – это отношения врач-пациент. Дискуссия строится не на клиническом анализе конкретного больного (клинический разбор), и не на личностных особенностях данного врача (личный тренинг). В центре внимания – различные аспекты взаимодействия и взаимоотношений врач-пациент в меняющейся ситуации. Деятельность Балинтовской группы может быть успешной лишь при стабильном составе участников и длительной (многолетней) работе. В некоторых клиниках в состав групп включаются не только врачи, но и средний медицинский персонал, и социальные работники.

Супервизия является одним из методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии. Это форма консультирования психотерапевта в ходе его работы более опытным, специально подготовленным коллегой (супервизором), позволяющая психотерапевту (супервизируемому) систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение [18]. Интервизорские группы объединяют «равных» специалистов, но при этом выделяется ведущий группы, который может ротироваться. Супервизия осуществляется в индивидуальной и групповой формах. Работа под наблюдением супервизора позволяет обратить внимание на технические погрешности, ригидные способы решения определенных проблем, обсудить тактику лечения и поведения в некоторых сложных ситуациях.

При групповой психотерапии возможный способ работы с супервизором – это работа в качестве ко-терапевта в одной группе. Применение видеотехники позволяет значительно расширить формы и методы профессионального совершенствования. Видеозапись терапии можно использовать в рамках профессионального тренинга, для последующего обсуждения на Балинтовской группе или для обсуждения с супервизором.

Разумеется, все, что касается последипломного профессионального совершенствования врачей-психотерапевтов относится и к другим специалистам, участвующим в

оказании психиатрической и психотерапевтической помощи (психологам, социальным работникам, персоналу и т.д.), тем более, если речь идет о терапевтической бригаде.

Следует особо подчеркнуть, что указанные формы работы (тренинги, Балинтовские группы, супервизия), являются не просто «желательными», а обязательными, согласно последним приказам Министерства Здравоохранения, и входят в образовательный стандарт специалиста (психотерапевта, психолога, социального работника), необходимый для получения сертификата.

В качестве примера, можно привести систему супервизии в психотерапии в Оренбургской области. С 2000 года служебным распоряжением главного психотерапевта области врачи-психотерапевты, клинические психологи, осуществляющие психокоррекционные мероприятия, и врачи-интерны обязаны в течение года проходить супервизию в объеме минимум 15 часов. Супервизия осуществляется в индивидуальном и преимущественно групповом варианте. Функционируют несколько постоянных супервизионных групп, ежемесячно объединяющие психотерапевтов и психологов различных лечебных учреждений [6]. Супервизионные группы работают под руководством сертифицированных супервизоров Российской психотерапевтической ассоциации, входящих в штат областного психотерапевтического центра Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2. В последующем сами психотерапевты могут проводить подобные группы с сотрудниками своей бригады (отделения), с персоналом и др.

Проблема формирования профессиональной идентичности специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи сложная задача, тем более в условиях реформирования отечественного здравоохранения. Перед нами длительный путь и только от совместных усилий зависит, куда, в конечном итоге, он нас приведет. Специалисты кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова активно сотрудничают с коллегами из других учреждений и регионов и будут признательны за любые предложения и замечания.

Литература:

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. *Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация.* – СПб. – Иваново, 2000. – С. 199-204.
2. Алексеев Б.Е. *Сексологическая реабилитация в психиатрических лечебных заведениях.* СПб., ИД САБМА-ПО, 2008. – 160 с.
3. Аммон Г. *Динамическая психиатрия.* Пер. с нем. – СПб.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 1995. – 200 с.
4. Бабин С.М. *Психотерапия психозов: практическое руководство.* – СПб.: СпецЛит, 2012. – 335 с.
5. Бабин С.М., Случевская С.Ф. *Взаимоотношение философии и медицинской модели психотерапии // Сборник научных статей и рабочих материалов к докладом участников II Международной конференции «Философия и психотерапия»,* СПб., 31.05.-01.06.2014. – СПб.: Анатолия. – 2014. – С. 3-12.

6. Бабин С.М., Тевелева Т.А., Шувалова Т.В. *Балинтовские группы и супервизия в последипломной подготовке специалиста. // Здоровьесберегающие технологии в образовании: Научные труды 1 Всероссийской научно-практической конференции. – Оренбург. РИК ГОУ ОГУ, 2003. – С. 273 – 276.*
7. Балинт М. *Базисный дефект: терапевтические аспекты регрессии. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2002. – 256 с.*
8. Вид В.Д. *Психотерапия шизофрении. – 3-е изд., доп. – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.*
9. Винокур В.А. *Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы. Учебное пособие. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 191 с.*
10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 492 с.*
11. Дернер К., Плог У. *Заблуждаться свойственно человеку. Пер. с нем. – СПб.: НИИ им. В.М.Бехтерева, 1997. – 520 с.*
12. Кан М. *Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. Пер. с англ. – СПб., 1997. – 143 с.*
13. Кулаков С.А. *Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для психопсихотерапевтов и супервизоров. – СПб.: Вита, 2004. – 128 с.*
14. Лиманкин О.В. *Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи. – СПб.: Таро, 2015. – 228 с.*
15. *Методические приемы усовершенствования в области психотерапии (социально-психологический тренинг, тренинговые психотерапевтические группы, балинтовские группы), сост. Б.А. Бараиш, Г.Л. Исурина, Б.Д. Карвасарский и др. – СПб., 1992. – 17 с.*
16. *Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.*
17. Петерс У.Г. *Немецкая психиатрия: прошлое и настоящее. 1996 – 34 с.*
18. *Психотерапевтическая энциклопедия. 3 изд., перераб. и доп. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.*
19. Райнах А. *О феноменологии // Антология реалистической феноменологии. – М.: Институт философии, теологии и истории св. Фомы, 2006. — С. 349-373.*
20. Савенко Ю.С. *Введение в психиатрию. Критическая психопатология. – М.: Логос, 2013. – 450 с.*
21. Точиллов В.А. *О месте и значении МКБ-10 в отечественной психиатрии // Клиническая и экстремальная психиатрия. — СПб., 2003. — С. 185-189.*
22. Улановский А. М. *Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии // Методология и история психологии. – 2007. Т.2. Выпуск 1. — С. 130-150.*
23. Улановский А.М. *Феноменологическая психология: качественные исследования и работа с переживанием. – М.: Смысл, 2012. – 255 с.*
24. Ховкинс П., Шохет Р. *Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. Пер. с англ. – СПб.: Речь, 2002. – 352 с.*
25. Эмбри Л. *Рефлексивный анализ: Первоначальное введение в феноменологию. Пер. с англ. – М.: Три Квадрата, 2005. – 224 с.*
26. Ясперс К. *Общая психопатология. Пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.*

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СИНДРОМА ИКАРА

Бадалов А.А.¹, Суманов Е.В.², Галако Т.И.³

¹ Кыргызско-Российский Славянский университет

² Центр нейрофизиологических исследований

³ Кыргызская Государственная Медицинская Академия
Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность исследования. В последнее время все большую актуальность приобретают исследования межполушарной асимметрии и ее влияние на деятельность мозга в целом. Существует большое число психических феноменов достаточно давно известных психиатрической науке, при исследовании которых практически не изучалась роль межполушарной асимметрии и их формирование и проявления.

Одной из подобного рода проблем, где концепция межполушарной асимметрии могла бы стать удобным инструментом исследования, является вопрос о статусе таких психических образований, как комплексы. По определению К.Г. Юнга, комплекс – это «эмоционально заряженная группа идей или образов, сгруппированных вокруг сердцевины-архетипа, и накладывающих отпечаток на поведение человека как личности в целом» [8]. Сам Юнг описал небольшое количество комплексов, его многочисленные последователи значительно расширили этот список. Однако, до сих пор, комплексы не изучались с точки зрения наличия у них морфофункциональной основы, оставаясь в русле чисто описательных конструкций.

В данной работе мы хотим показать возможность использования концепции межполушарной асимметрии, выявляемой с помощью электроэнцефалографического обследования, для объяснения клинических проявлений такого психического феномена как комплекс Икара. Г.А. Мюррей (1936) включал в данный синдром следующие основные признаки: «зачарованность» видом огня, недержание мочи, желание быть бессмертным, нарциссизм, большие, но хрупкие амбиции. В 1978 г. N. Wiklund, на основании наблюдения за лицами с высокой амбициозностью, стремлением к достижениям, высокой творческой активностью, определил некоторых из них «синдром Икара». Этот синдром идентифицировался в случае наличия у обследуемых лиц, дополнительно к указанным признакам, таких проявлений, как «очарование огнем», энуреза и сновидений с полетами [5]. В дальнейшем данный синдром был сопоставлен Ц.П. Короленко и В.Ю. Завьяловым с описанными ими «височным» и некоторыми другими расстройствами личности и поведения [5, 6].

Наши исследования показали, что синдром Икара может быть коморбиден с более широким кругом психопатологических расстройств, чем указывалось ранее в опубликованных научных исследованиях. Необходимо отметить, что большинство признаков этих расстройств встречаются при нарушении работы правого полушария, в частности, при его функциональном доминировании. Исследований, в которых наличие межполушарной асимметрии при таких расстройствах было бы подтверждено нейрофизиологическими обследованиями пациентов, почти не встречается. Эта проблема и определила направление нашей работы.

Цель исследования – выявить электрофизиологические признаки, указывающие на наличие функциональной асимметрии полушарий головного мозга у лиц с синдромом Икара и определить зависящие от них клинические проявления данного феномена.

Задачи исследования: 1. Выявить основные особенности электрофизиологических показателей деятельности мозга лиц с синдромом Икара, как в случае наличия коморбидной ему патологии, так и в случае ее отсутствия. 2. Определить наличие функциональной асимметрии полушарий головного мозга у пациентов с синдромом Икара. 3. Определить корреляции между выявленными нейрофизиологическими критериями и особенностями клинических проявлений синдрома Икара.

Материал и методы исследования. При отборе лиц, включенных в исследование, мы учли некоторые сложности, возникающие в процессе клинической диагностики синдрома Икара. Во-первых, это трудности терминологического характера, связанные с тем, что авторы предлагали разные описания данного расстройства, а также придавали различный вес отдельным его симптомам. Например, классическое описание Г.А. Мюррея включает в себя «высокие, но хрупкие амбиции», тогда как у Н. Виклунда акцентировалась «высокая творческая активность со стремлением к достижениям» без указания степени толерантности к фрустрации [5]. Во-вторых,

как нами уже указывалось ранее, синдром Икара может быть коморбиден с более широким кругом психопатологических расстройств, чем описывалось до сих пор [9]. В-третьих, признаки данного расстройства имеют различную диагностическую ценность в клинике. Так, гиперчувствительность к запахам (с изменением под влиянием обонятельных раздражителей эмоционального состояния пациентов), часто упоминаемая Ц.П. Короленко в качестве диагностического признака, проявляется у пациентов с очень разной интенсивностью. Вместе с тем, такие свойства, как асценционизм, нарциссизм и высокая амбициозность с низкой толерантностью к фрустрации едва ли могут служить удобным подспорьем в дифференциальной диагностике.

С учетом вышеизложенного, для выявления особенностей электрофизиологических показателей у лиц с синдромом Икара нами использовалась следующая основная триада признаков: «зачарованность огнем», энурез (или клинически доказанное наличие у обследуемого уретральной фиксации с противоположным энурезу эффектом – длительной задержкой мочеиспускания с последующим получением эротического удовольствия при мочеиспускании) и частые сновидения с полетами. Последние – в связи с тем, что они не только достаточно часто встречаются в описании данного расстройства, но и более правильны с точки зрения происхождения самого термина «синдром Икара» (Икар – это древнегреческий герой, который получил известность, прежде всего, благодаря способности летать), а также легко определяемы в клинической практике.

Были обследованы 55 респондентов с синдромом Икара, из которых, в соответствии с задачами исследования, выбраны 26 респондентов (19 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 15 до 56 лет. 14 из них – пациенты Республиканского Центра психического здоровья с различными диагнозами, остальные – студенты Кыргызско-Российского Славянского университета, у которых синдром Икара был выявлен при прохождении ими «курса самопознания», причём синдром Икара у них был представлен без коморбидной патологии. Синдром Икара с наличием триады обозначенных нами диагностических признаков («зачарованность» огнем, энурез, частые сновидения с полетами), имел место у 15 респондентов. У остальных обследуемых лиц вместо энуреза были выявлены признаки уретральной фиксации.

В работе использовались клинико-психопатологический и электрофизиологический методы исследования. В качестве электрофизиологического метода применялась регистрация биоэлектрической активности мозга с последующим спектральным анализом и топоселективным картированием электроэнцефалограммы (ЭЭГ). Регистрация ЭЭГ осуществлялась на электроэнцефалографе «Нейрон-Спектр 5/ВМП» (фирма Нейрософт) и проводилась по 16 каналам в отведениях Fp1, Fp2, F3, F4, F7, F8, T3, T4, T5, T6, C3, C4, P3, P4, O1, O2 при монополярном монтаже электродов с усреднённым ушным референтом. Электроды использовались в соответствии с международной сис-

темой 10-20%. Заземляющий электрод располагался на лбу испытуемого. Сопротивление между заземляющим и регистрирующим электродами составляло менее 5кОм. При регистрации ЭЭГ пациент находился в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами. После удаления мышечных и глазодвигательных артефактов анализировались 10 участков ЭЭГ длительностью по 8 секунд. Затем проводился компрессионный спектральный анализ ЭЭГ с использованием алгоритма быстрого преобразования Фурье для вычисления показателей абсолютной (мкВ²/Гц) спектральной плотности мощности сигнала ритма альфа-частотного диапазона. По каждому пациенту проводилось усреднение спектров ЭЭГ по всем безартефактным записям (80сек). В полученных таким образом спектрах для каждого пациента вычислялись средние величины для альфа-диапазона (8-13Гц) по всем отведениям. Полученные спектральные характеристики отображались на картах-схемах.

Степень межполушарной асимметрии (МПА) нами определялась по формуле: коэффициент МПА (кМПА) = $\frac{(П-Л)}{(П+Л)} * 100\%$, где П – значение спектральной плотности мощности альфа-частотной составляющей ЭЭГ в правом полушарии, а Л – в левом полушарии.

Результаты исследования. В результате проведенного спектрального и клинического анализов ЭЭГ у всех обследуемых были обнаружены своеобразные изменения спектрально-мощностных характеристик и МПА вальфа-диапазоне. Независимо от амплитуды и частоты альфаритма, на графиках спектров мощности и на топограммах респондентов, наибольшая мощность альфа-ритма определялась в теменных отделах преимущественно левого полушария (отведение P3), что указывает на заметную межполушарную асимметрию.

Как известно, теменной альфа-ритм не частый феномен, но его наличие не является аномальным. Функциональное значение теменного ритма полностью не выяснено, что связано с нечастой его встречаемостью, а в ряде случаев, сего маскировкой соседним затылочным альфа-ритмом [7]. Принимая во внимание положение, что альфа-ритмы рассматриваются как ритмы работы на «холодном ходу», мы были вправе ожидать, что появление альфа-ритма в определённых сенсорных областях тормозит в них обработку сенсорной информации [10].

При анализе результатов особое внимание вызвали величины мощности альфа-ритма в затылочных и фронтальных отделах у всех респондентов. В левом полушарии они были практически идентичны, а в правом наблюдалось недостоверное преобладание мощности в затылочной области, т.е. фактически наблюдалось некоторое нарушение зональных различий с подавлением истинного альфа-ритма в затылочных отделах и относительным его ростом во фронтальных отделах. По мнению Л.Б. Иванова такие показатели характерны для пациентов с невротами тоскливо-депрессивного круга [3, 4].

Клинический анализ ЭЭГ у 10 из 14 обследуемых (71,5%) выявил наличие визуальных феноменов в виде генерализованных, синхронных всплесков альфа-ритма,

отражающих вовлечённость срединных неспецифических структур гипоталамического уровня. Кроме того, необходимо отметить, что в отличие от лиц с синдромом Икара, содержащим в себе все три выбранные нами диагностические признака («зачарованность» огнем, энурез, частые сновидения с полетами), у респондентов с наличием уретральной фиксации вместо энуреза были обнаружены такие изменения электроэнцефалографических показателей, как: низкоамплитудная альфа-активность, преобладание альфа-ритма в левой теменной области, при этом альфа-ритм у них характеризовался высокой его частотой (от 12 до 13 Гц). Данные показатели демонстрируют некоторую гетерогенность синдрома Икара, что нашло свое отражение и в клинических характеристиках обследованных лиц.

Возвращаясь к положению об альфа-ритме, как ритме «холостого хода», необходимо отметить, что преобладание у обследуемых активности правого полушария по сравнению с левым, также позволяет обосновать достаточно большое количество нарушений, встречающихся у лиц с синдромом Икара. К ним относятся несколько основных групп расстройств:

1. Расстройства восприятия. Из характерных для доминирования и поражения правого полушария симптомов и свойств [2, 5] при синдроме Икара часто встречаются:

- гиперчувствительность к запахам, несущая преимущественно эмоциональную окраску – быстрое и интенсивное изменение аффективного состояния при ощущении запаха, связанного с какими-либо значимыми лицами, событиями или воспоминаниями;

- развитое пассивное воображение и синестезия преимущественно зрительного характера;

- высокая аффективная значимость музыкальных звуков. При этом у большинства (90%) выявленных нами лиц преобладало по активности левое ухо по сравнению с правым. Музыка также чаще всего используется этими респондентами для усиления переживаний, особенно в составе факторов, провоцирующих депрессию с тоскливым компонентом;

- частые состояния по типу катаплексии с обездвиживанием и оцепенелостью;

- дереализация, проявляющаяся, преимущественно, феноменом «дежавю», изменением хода времени и нарушением восприятия окружающей обстановки с явлениями движения окружающих предметов на периферии зрения и искажением их размеров;

- деперсонализация с нарушением стереогноза и схемы тела, приводящая в сочетании с присущими данным лицам аффективными нарушениями, к повышенной частоте самоповреждений и суицидальных попыток;

- описанные Деглиным [1] феномены восприятия, характерные для преобладания активности правого полушария, а именно: гиперконстантность (трансформация сетчаточной проекции таким образом, что растягиваются размеры по мере удаления объекта), переоценка ближнего пространства по сравнению с дальним, склонность

видеть мир более объемным и трехмерным, чем он есть в действительности. Эти феномены способствуют превалянию у лиц с синдромом Икара роли прошлого по сравнению с будущим, наличию эффекта обратной перспективы и сюрреалистичности в их творчестве, склонности переоценивать настоящее по сравнению с будущим, т. е. существование «здесь и сейчас», жизнь «одним днем».

2. Аффективные расстройства [2, 5]:

- возникновение чрезмерных по силе аффектов с оттенком страдания, преимущественно тоскливой депрессии с мечтательным компонентом;

- аффективные расстройства, существенно влияющие на расстройства восприятия, интенсивно их окрашивая и, зачастую, провоцируя;

- легкость изменения аффективного состояния с развитием признаков эмоционально-лабильной личности и легкостью перехода от эйфории к тоскливости и страху.

3. Вегетативные и висцеральные нарушения[2]:

- эндокринно-гормональные нарушения;

- изменения ритма сна и бодрствования;

- вестибулярные расстройства

- энурез.

4. Расстройства личностно-мотивационной сферы[2,5]:

- снижение инициативы, преодолительных способностей (произвольности психической деятельности), что описывалось еще Г. Мюрреем в составе присущего лицам с синдромом Икара признака, как сниженная толерантность к фрустрации;

- дромомания;

- псевдологический синдром

- склонность к аддикциям и т.д.

Необходимо отметить тот факт, что данные расстройства, как и показатели ЭЭГ, различались по степени представленности и выраженности среди респондентов с энурезом, с одной стороны, и уретральной фиксацией со склонностью к гиперконтролю функции мочевого пузыря с явлениями уретрального эротизма, с другой. Среди последних были более выраженными степень контроля мотивационно-личностной сферы, уровень достижений, степень толерантности к фрустрации. Эти лица лучше справлялись с жизненными трудностями, обладали более высокой мотивацией к достижениям, характеризовались честолюбием и агрессивностью. Агрессивность при этом чаще была направлена на окружающих, нежели на себя, что являлось фактором, способствующим более низким суицидальным тенденциям по сравнению с лицами, страдающими энурезом. Таким образом, результаты проведенного исследования показывают необходимость дальнейших исследований лиц с синдромом Икара с целью выявления и описания наиболее релевантных признаков, характеризующих это состояние, уточнения его диагностических критериев и клинических обособленностей,

Выводы

1. Основными особенностями электрофизиологических показателей лиц с синдромом Икара являются:

- смещение альфа-ритма из затылочных зон в теменные с обязательным фокусом максимальной его выраженности в теменной области левого полушария;
- подавление истинного альфа-ритма в затылочных отделах с тенденцией к росту во фронтальных отделах;
- генерализованные изменения биоэлектрической активности гипоталамического происхождения.

2. Выявленные показатели свидетельствуют о наличии функциональной асимметрии головного мозга у лиц с синдромом Икара, проявляющейся преобладанием у них активности у правого полушария.

3. Именно превалированием функциональной активности правого полушария объясняется наличие у данных лиц тех расстройств восприятия, аффективной и эмоционально-мотивационной сфер, а также вегетативно-висцеральных сдвигов, описанных как характерные для синдрома Икара и наиболее частой коморбидной ему патологии.

Литература:

1. Деглин В.Л. *Лекции о функциональной асимметрии мозга человека.* – Амстердам; Киев: Женева инициатива в психиатрии. – 1996.
2. Доброхотова Т.А. *Нейропсихиатрия.* -М.: БИНОМ. – 2006. – 304 с.
3. Иванов Л.Б. *Электроэнцефалография как индикатор невротических состояний у детей // Функциональная диагностика.* – 2011. – №3 – с. 96.
4. Иванов Л.Б. *Биоэлектрическая активность головного мозга при невротических состояниях // Мат. научно-практ. конф. с межд. уч. «Клиническая нейрофизиология».* – СПб, 2013.- С.103-106.
5. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Личностные расстройства.* – СПб: Питер, 2010. – 400 с.
6. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Психосоциальная аддиктология.* – Новосибирск: Олсиб, 2001. – 251 с.
7. Кропотков Ю.Д. *Количественная ЭЭГ, когнитивные вызванные потенциалы и нейротерапия.* – Донецк, 2010.- 506 с.
8. Юнг К.Г. *Проблемы души нашего времени.* – М., 1993. – С. 94–96.
9. *XII Всероссийская школа молодых психиатров: Сборник работ молодых ученых / Под ред. Л.Н. Горобец, М.А. Парнара* – М., 2015. – 388 с.
10. Ergenoglu T., Demiralp T., Bayraktaroglu Z., Ergen M., Beydagi H., Urezin Y. *Alpha-rhythm of the EEG modulates visual detection performance in humans // Cognitive Brain Research.* – 2004. – P. 376-383.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕНИ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ПРОЦЕССЕ ПРОХОЖДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ Березкин Д.В.

*Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена*

*Детский психоневрологический санаторий «Комарово»
Санкт-Петербург*

Неврозоподобные расстройства резидуально-органического генеза в детском возрасте достаточно широко распространены [8]. У детей с такими нарушениями отмечаются сложности в формировании школьных навыков, нарушения психологического развития, проблемы с эмоциональной и волевой регуляцией [4]. Это связано со снижением темпа созревания коры головного мозга [6] и регуляторной фронто-таламической системой [5, 7], высокой истощаемостью функциональных резервов, неэффективностью протекания информационных процессов [7], дефицитностью структур правого полушария [5].

Одним из этапов реабилитации таких детей является прохождение лечения в специализированных санаториях [1], в которых используются биологические (фармакологические и физиотерапевтические) и психосоциальные (логопедические, психологические, педагогические) методы коррекции.

Для уточнения направления психокоррекционного сопровождения детей необходима оценка функциональ-

ных характеристик ЦНС, так как эти характеристики во многом определяют поведение ребенка [10]. Такую оценку можно получить, применяя методы исследования различных показателей времени реакции [9].

В настоящем исследовании данные методы использованы для уточнения динамики функциональных характеристик ЦНС у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза в процессе их лечения в санатории с целью более четкого формулирования направлений психокоррекционной работы.

Методы исследования.

Обследовались дети, проходившие лечение и реабилитацию в Детском психоневрологическом санатории «Комарово» (Санкт-Петербург) с 2012 по 2016 гг. В исследовании приняли участие 56 пациентов, из них 72% мальчиков (42) и 28% девочек (16); возраст мальчиков составил 8-12 лет, девочек – 8-11 лет.

Все пациенты были разделены на две группы по принципу различий в получаемой медикаментозной коррекции: в первую подгруппу вошли дети, которые в процессе реабилитационного лечения получали ноотропы и общеукрепляющие средства, во вторую – принимавшие корректоры поведения (нейролептики). Численность I группы составила 32 человека, II группы – 24 человека.

Большинство детей I группы, 20 человек, составили пациенты с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством [F 06.06], 3 ребенка – с энурезом неорганическим [F 98.0], 6 пациентов – со стереотипными двигательными расстройствами [F 98.4] и 3 ребенка – с другими уточненными эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения с началом, обычно приходящимся на детский возраст [F 98.8]. У большинства детей II группы были расстройства F 98.8 (14 детей), у 7 детей – F 98.0, у 2 пациентов – F 98.1, 1 ребенок – с F 98.4.

Исследование включало в себя оценку различных показателей времени реакции: (1) простой сенсомоторной реакции (ПСР), где учитывалось среднее время; (2) реакции в ситуации выбора (РВ), в которой, во-первых, оценивалось среднее время всех реакций, во-вторых, отдельно время реакций, требующих перестройки двигательного стереотипа, в-третьих, время реакций, не требующих перестройки двигательного стереотипа, кроме того, определялось количество ошибочных ответов; (3) реакции на движущийся объект (РДО). Все типы реакций изучались помощью компьютерного приложения и фиксировались дважды: вначале пребывания ребенка в санатории и спустя месяц.

Для проверки достоверности различий полученных данных, p , применялся параметрический статистический критерий – t -критерий Стьюдента для связанных выборок.

Результаты. Наблюдалось удлинение времени ПСР у пациентов I группы, но статистической достоверности установлено не было (в первом исследовании его средняя величина определена как $593,67 \pm 37,92$ мс, во вто-

ром – как $693,43 \pm 134,12$ мс, при этом $t=0,93$, $p>0,05$). У детей II группы существенных изменений этого показателя не отмечалось (первое исследование – $538,67 \pm 40,40$ мс, второе – $532,11 \pm 45,33$ мс; $t=0,82$, $p>0,05$).

Положительная динамика была выявлена по всем характеристикам времени РВ у детей обеих групп. При этом у детей I группы статистическая достоверность была установлена по времени РВ без перестройки (в первом исследовании – $975,25 \pm 150,67$ мс, во втором – $732,69 \pm 84,93$ мс; $t=2,15$, $p<0,05$) и по количеству ошибочных ответов (в первом исследовании – $2,28 \pm 0,41$ во втором – $1,65 \pm 0,45$, в расчете на 18 испытаний в обоих случаях; $t=2,60$, $p<0,05$). При оценке средних показателей РВ (первое исследование – $1005,82 \pm 116,08$ мс, второе – $910,08 \pm 159,38$ мс; $t=1,98$, $p>0,05$) и времени РВ при перестройке (первое исследование – $1126,06 \pm 122,50$ мс, второе – $821,32 \pm 92,36$ мс; $t=1,98$, $p>0,05$) достоверность различий не установлена. У детей II группы достоверность различий отмечалась по всем характеристикам: по средним показателям времени РВ (первое исследование – $884,62 \pm 99,29$ мс, второе – $689,08 \pm 75,35$ мс; $t=2,30$, $p<0,05$), по времени РВ с перестройкой (первое исследование – $997,99 \pm 146,98$ мс, второе – $772,04 \pm 89,67$ мс; $t=2,61$, $p<0,05$), по времени РВ без перестройки (первое исследование – $993,74 \pm 154,49$ мс, второе – $685,56 \pm 107,36$ мс; $t=2,61$, $p<0,05$), по количеству ошибочных ответов (первое исследование – $3,11 \pm 0,53$, второе – $1,50 \pm 0,38$, также в расчете на 18 испытаний в обоих случаях; $t=2,60$, $p<0,05$).

При оценке времени РДО отмечалось незначительное его увеличение в обеих группах, но статистическая достоверность была не доказана (I группа первое исследование – $67,00 \pm 9,90$ мс, второе – $72,70 \pm 17,87$ мс; $t=0,79$, $t>0,05$; II группа первое исследование – $67,52 \pm 5,61$ мс, второе – $78,68 \pm 10,37$ мс; $t=0,79$, $t>0,05$).

Обсуждение результатов.

Согласно полученным результатам, у детей обеих групп наблюдаются положительные изменения РВ, при этом причины этих изменений, вероятно, отличаются.

У детей I группы их можно связать с повышением функционального состояния ЦНС, которое сопровождается возникновением общей его неустойчивости, о чем можно сделать вывод по результатам ПСР, а также отсутствующей статистической достоверности РВ. В этой связи, у детей I группы следовало бы ожидать ухудшение поведения на фоне прохождения лечения, но на фоне хорошей адаптации в санатории такого не наблюдалось.

У пациентов II группы изменения РВ можно связать с формированием тормозных процессов. Это подтверждается наблюдаемым улучшением поведения. Это улучшение имело место как при нахождении детей в группе, так и во время психологической диагностики. В первом случае дети становились менее вспыльчивыми, эксплозивными, с ними становилось легче взаимодействовать воспитателям и медицинским сестрам, во втором – они были менее протестными, конфликтными, интенсивность и частота негативных реакций на предъявляемые задания была существенно ниже.

Если говорить о колебаниях показателей РДО у пациентов обеих групп, то их можно связать с несформированностью пространственных и временных представлений.

Полученные результаты позволяют сформулировать следующие направления психокоррекционной работы как общие для обеих групп, так и частные, касающиеся групп в отдельности. Психологическая помощь пациентам обеих групп должна включать методики, направленные на развитие пространственных и временных представлений. Что касается психокоррекционной работы с детьми I группы, то здесь должны быть включены методы поведенческой коррекции, направленные на развитие навыков совладающего поведения, тогда как у пациентов II группы необходимо закрепление того поведения, на фоне которого наблюдаются положительные изменения адаптации.

Выводы.

1. Установлено, что у пациентов обеих исследованных групп отмечается положительная динамика характеристик РВ, предположительно связанная с повышением функционального состояния ЦНС у детей I группы и с формированием тормозного процесса и улучшения поведения на фоне терапии нейролептиками у детей II группы. При этом повышение функционального состояния ЦНС у детей первой группы сопровождается возникновением его неустойчивости.

2. Измерения времени РДО позволяют допустить, что у детей обеих групп отмечается несформированность пространственно-временных представлений.

3. Полученные результаты позволяют сформулировать рекомендации по психологическому сопровождению пациентов с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза.

Литература:

1. Головкин Т.А., Черпунова Н.С. К 55-летию Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детский психоневрологический санаторий «Комарово» // Санаторно-курортное лечение как этап медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями и заболеваниями нервной системы: Науч.-практ. конф. Тезисы. – СПб., 2015. – С. 3–4

2. Иорданова Ю.А. Особенности поведенческого реагирования детей 7–10 лет с дефицитом внимания // Вестник Поморского университета: Сер. «Естественные и точные науки». – 2006. – № 3. – С. 68–72.

3. Клиточенко Г.В. Биоэлектрическая активность головного мозга детей с дефицитом внимания // Врач-аспирант. – 2010. – № 3 (40). – С. 40–44.

4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. – 608 с.

5. Литвиненко О.В. Психологические и психофизиологические особенности внимания у здоровых детей и детей с синдромом дефицита внимания: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Ростов-на-Дону, 2003. – 22 с.

6. Мачинская Р.И., Крупская Е.В. Созревание регуляторных структур мозга и организация внимания у детей младшего школьного возраста // Когнитивные исследования: Сб. науч. трудов, вып. 2. / Под ред. В.Д. Соловьева, Т.В. Черниговской. М.: Ин-т психологии РАН, 2008. – С. 32–48.

7. Подоплекин Д.Н. Распределение постоянных потенциалов головного мозга при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей-северян: автореф. дисс. ... канд. мед.наук. – Архангельск, 2003. – 20 с.

8. Пронина Л.А. Эпидемиология психических расстройств у детей. // Трудные дети. – М., 1999 [Электронный ресурс URL: <http://www.otrok.ru/medbook/listmed/epid.htm> (дата обращения: 15.10.2013)].

9. Шустова С.В., Муравьева И.В. Сенсомоторные реакции как характеристика функционального состояния ЦНС // Вестник ТГУ. – 2013. – Т. 18, № 5. – С. 2831–2840.

10. Healey D.M., Brodzinsky L.K. et al. Moderation effect of neurocognitive abilities on the relationship between temperament and global function // Child Neuropsychology. – 2010. – Vol. 16. – P. 20–31.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Бугорский А.В.

*Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург*

Согласно данным психиатрической эпидемиологии, около 40% больных с впервые выявленным психозом страдают шизофренией [2]. Более 30% пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами в течение жизни нуждаются в регулярной психиатрической помощи. До 40% психиатрического бюджета уходит на лечение именно шизофрении. Практически 40% пациентов с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра – инвалиды, при этом практически 2/3 из них составляют пациенты трудоспособного возраста [3, 4, 5].

Современный уровень развития психиатрии, внедрение в практику новых эффективных фармакологических препаратов с минимальными побочными эффектами позволяет все большему числу лиц с психическими расстройствами возвращаться к жизни вне стен специализированных лечебных учреждений, что приводит к сокращению сроков госпитализации больных и увеличению объема лечебно-реабилитационных мероприятий в амбулаторно-поликлинической сети [4, 5, 6, 7].

В настоящее время до 60% всех пациентов, выпиываемых из психиатрических стационаров, возвращаются в семьи, при этом подавляющее большинство из них

сохраняют контакты со своими родными. Тысячи семей ежегодно сталкиваются с психическими расстройствами и вынуждены решать возникающие при этом проблемы [1]. Как правило, пациенты занимают в семье зависимое положение, а отношения с родственниками часто носят сложный характер. Тем не менее, семья оказывает лицам с психическими расстройствами максимально возможную поддержку, нередко в значительной степени маскируя их несостоятельность. Так или иначе, большинство семей оказывается вовлеченным в тесное общение со своими болеющими родственниками, поддерживает их и принимает активное участие в их судьбе [4, 7, 8].

Имеет огромное значение тот факт, что, в отличие от невротических расстройств, заболевание шизофренией влечет за собой хронические прогрессирующе усиливающиеся социальные последствия для пациента, которые обусловлены не только его дезадаптацией в наиболее важных сферах социальной жизни, но и специфическим отношением окружающих, которое выражается в негативном выделении пациента в обществе (этикетирование) с последующим стереотипным набором социальных реакций на него, то есть – стигматизацией.

Несмотря на чрезмерность негативных реакций общества на больных, истоки этих реакций вытекают из вполне реальных обстоятельств – психическое расстройство несет в себе потенциальную опасность для окружающих и самого пациента, общение с душевно больным человеком зачастую обременительно и чревато неприятными неожиданностями для его ближайших родственников и знакомых. Эта «семейная нагрузка», связанная с контактом или проживанием с больным шизофренией, приводит к значительному эмоциональному напряжению, которое по принципу обратной связи отрицательно сказывается и на самом пациенте [9].

Это делает все более актуальной проблему эффективной семейной и социальной реабилитации. Семья психически больного функционирует в условиях реальности, изменяющейся в зависимости от динамики его психического состояния, меняющейся в то же время его социальный и семейный статус.

В свою очередь, наличие или отсутствие рецидива заболевания в немалой степени зависит от особенностей реакции семьи на психическое заболевание ее члена, характера взаимодействия и эмоциональной коммуникации в семье больного, а также от системы социальной поддержки и уровня информированности родственников зависит от особенностей реакции семьи на психическое заболевание ее члена, характера взаимодействия и эмоциональной коммуникации в семье больного, а также от системы социальной поддержки и уровня информированности родственников.

Доказано, что члены семьи могут воздействовать как позитивно, так и негативно на состояние больного, частоту госпитализаций, длительность ремиссии, качество его психосоциальной адаптации. Исследования эмоциональной экспрессивности родственников пациентов показывают, что у больных шизофренией, проживающих

с критически настроенными и сверхвовлеченными в их болезнь членами семьи, гораздо чаще наблюдаются рецидивы, чем у тех, кто проживает с менее склонными к критике или чрезмерной опеке близкими.

Поэтому проблемы родственников пациентов (дисстресс, связанный с заболеванием близкого, социальное и экономическое бремя болезни, стигматизация, отсутствие достаточной информации) находятся в фокусе внимания специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи. Образовательные программы становятся неотъемлемой частью современного лечебно-реабилитационного процесса.

В большинстве случаев члены семьи принимают ситуацию семейной дисфункции как неизбежную. Дисстресс, связанный с проблемами их социальной адаптации и функционирования выше, чем в обычных семьях. Бремя, которое несут родственники (каждодневные проблемы и сложности, вызываемые болезнью или связанные с ней, личные переживания, горе и страдания, которые испытываются в отношении болезни), обуславливает снижение качества жизни каждого члена семьи и семьи в целом. В исследованиях А.Н. Еричева [11], посвященных данной тематике, выявлен высокий уровень потребности в информированности со стороны больных и членов их семей.

Особенно важно, что бы родственники имели достаточно информации о начальных признаках обострения и умели их распознать. Все семьи имеющие родственника с психическим расстройством должны понимать, почему необходимо продолжать лечение лекарственными препаратами после выписки из стационара, так как психотерапия в домашних условиях чаще полностью осуществляется под надзором всех членов семьи. В исследованиях на данную тематику Н.Б. Лутова и О.В. Макаревич показали, что различные факторы, формирующие комплаентность больного, обнаруживают высокую степень корреляции с типом семейного отношения к лечению. Авторы подчеркивают, что, не имея реальных знаний, семья формирует искаженное представление о заболевании и о возможностях терапии, иногда переоценивая возможности медикаментозного лечения, а иногда обесценивая его [10].

В настоящее время одной из наиболее распространенных форм психосоциальной реабилитации является психообразование пациентов и их родственников, которое рассматривается как основная составляющая комплексного лечения шизофрении и должно быть предложено для всех пациентов, страдающих шизофренией. Под психообразованием принято понимать поэтапный процесс осуществляемый поэтапно при лечении пациентов, в первую очередь, с первым психотическим эпизодом [12]. Психообразовательные занятия включают в себя семинары, тренинги для налаживания бесконфликтного общения между больным и родственниками, элементы семейной психотерапии для решения конкретных проблем в семье. Занятия проводятся в рамках циклов совместно с ТКСН и ставят задачу сообщить пациентам о психичес-

ких расстройствах, их проявлениях и методах лечения с установкой на прием поддерживающей терапии в амбулаторных условиях. В результате участия пациентов и их родственников в психообразовательных занятиях снижается количество обострений психического заболевания, уменьшается тяжесть симптомов, снижается уровень стресса у всех членов семьи, увеличивается вероятность обучения или трудоустройства у пациента. Отсутствие необходимой информации у родственников пациентов приводит к повышенному уровню тревоги, вызывающему чувство вины, высокой созависимости с болезнью, нарушению отношений внутри семьи и т.д.

Нами было проведено исследование, в ходе которого с использованием специально разработанной анкеты с вопросами, адресованными родственникам пациентов, была уточнена их потребность в информации и в овладении опытом помощи близкому, страдающему психическим расстройством [12].

Целью работы с семьями в используемой модели является повышение качества жизни родственников больных через формирование представления о понятности жизни, ощущения возможности влиять на свою жизнь и ощущения значимости жизни.

Материалы и методы исследования. В 2011 г. в больнице была организована школа психиатрической грамотности для родственников пациентов, страдающих, преимущественно, шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, проходящих лечение, как в общепсихиатрических «острых» отделениях, так и в отделениях первого психотического эпизода. За основу нами была взята программа, разработанная НЦПЗ РАМН [12] в которую мы внесли некоторые изменения. Модель заключается в комплексном подходе, учитывающем потребности семей (в информации, психотерапии, психологическом консультировании, выработке новых социальных навыков). Инновационные отличия, примененные нами в программу, заключаются в совмещении некоторых модулей (3 из 5), предложенных авторами, в единый процесс без их поэтапного проведения. При этом были сохранены следующие структурные элементы: 1) психообразование родственников психически больных; 2) тренинг навыков; 3) участие родственников больных в работе общественной организации.

Данная модель психообразовательной семейной работы не является семейной терапией, но использует ее средства, поддерживающие семью. Используется комбинация различных мировых моделей психообразовательной работы с семьей, когнитивная терапия, нарративная, диалоговая и рефлексивная модели работы. Фундаментом служит опыт семьи и его объяснение. Демонстрация материалов (слайдов) на цикле психообразования служит подкреплением получаемых знаний (а часто даёт возможность начать высказываться и понимать историю семьи с момента заболевания одного из членов семьи).

Проведение данной модели психообразовательной семейной работы основывается на последовательном поэтапном проведении трёх основных компонентов [12]:

1. Этап знакомства (встреча и интервью взрослых членов семьи); 2. Этап планирования (встреча по планированию работы с семьей, где происходит совместный анализ интервью с определением объема имеющейся информации, компетентности членов семьи, их ресурсных и сильных сторон; определение личных целей членов семьи и их ожиданий). На этом этапе определяется, какая информация и какая поддержка нужна семье; 3. Этап непосредственной психообразовательной работы с направленным оказанием помощи и с завершающим интервьюированием семьи.

Материально-техническое обеспечение включает кабинет для групповой и индивидуальной работы, проектор для демонстрации слайдов и слайды.

Методика ведения групп. Программа рассчитана на родственников или близких, вовлеченных в уход за родственником, страдающим психическим расстройством. Предпочтение отдается однородности группы по нозологии, но гетерогенной по социальным характеристикам (пол, возраст, образование и т.п.), с разными типами реагирования на возникновение болезни в семье. Ведущие групп должны быть так же представителями обоих полов, что позволяет улучшить взаимодействие участников. Противопоказаниями для участия в групповых занятиях являются: наличие психического расстройства у самого родителя или тяжелое соматическое заболевание, категорический отказ от участия в группе, недоброжелательность в адрес ведущих или других участников группы, высокая степень родства с заболевшим родственником (близнецы, двойня).

Количество участников одной группы может варьировать от 7 до 15 человек. Программа рассчитана на 12 занятий, по окончании цикла всем участникам выдается необходимая литература. Продолжительность одного занятия 2 часа, проводятся занятия 1 раз в неделю. Первые три занятия группа является «открытой», после группу «закрывают». Основным требованием к участникам является строгое посещение занятий, соблюдение правил группы, которые принимаются на 4-м занятии. Групповые занятия проводятся врачом-психиатром. Структура каждого занятия включает: приветствие, выявление запросов участников по теме занятия; основную часть в виде лекции; заключительную часть, на которой подводятся итоги занятия и осуществляется повторение пройденного. Каждое занятие начинается с «проработки чувств» участников группы, проведения тренинговых упражнений. По завершении занятия дается домашнее задание, подводятся итоги.

Для оценки эффективности образовательных программ применялась рейтинговая шкала (оригинальная анкета), включающая такие показатели, характеризующие позицию пациента по отношению к психической болезни, как увеличение знаний о болезни, изменения в поведении, во взаимоотношениях с окружающими, в частности, в семье, следование медицинским рекомендациям, расширение знаний о мерах при urgentных обстоятельствах, связанных с внезапным обострением

состояния, информированность пациента о психических расстройствах.

Результаты. Наиболее активными пользователями образовательного цикла оказались женщины с высшим образованием, в возрасте от 41 до 60 лет, с хорошим социальным статусом (работающие, замужние и имеющие семью из 3-4 человек). 97% респондентов являлись родителями пациентов и проживали совместно с ними.

На первом занятии создается наглядная таблица ожиданий и опасений, которые формируются самими участниками группы, на каждом последующем занятии каждый участник может дополнить свои опасения либо ожидания. При составлении наглядной таблицы опасений и ожиданий на первые места все участники групп ставили:

- отсутствие знаний о методах лечения психических расстройств;
- отсутствие знаний о причинах возникновения болезни;
- отсутствие знаний о прогнозе и собственной роли в лечебном процессе;
- отсутствие знаний об имеющихся службах и формах помощи при наличии психического расстройства.

Также выявлялась недостаточная осведомленность о методах коррекции побочных эффектов, о симптомах заболевания.

В ходе исследования все семьи пациентов согласились с тем, что имеется информационный дефицит, касающийся многих вопросов связанных с психическими расстройствами и потребность в его восполнении, так же все отметили, что «болезнь» оказала влияние на их собственное самочувствие и на атмосферу внутри семьи (100%). Они указывали на появление сниженного настроения (8%), испуга (8%), страха, в том числе, жить в одной квартире (23%), тревожности (54%), растерянности (38%), утомляемости (8%), напряженности (30%). Среди изменений внутри семьи респонденты указывали на «отсутствие мира и тишины» (8%), уменьшение терпимости (8%), «повышение взрывоопасности» (15%), напряженности (38%), утрату общения (15%). Только 46% опрошенных считали, что отношения в семье остались на прежнем уровне. Кроме того, в исследовании подтвердился общеизвестный факт отсутствия у семей знаний о природе психических заболеваний, их лечении и современных лекарственных препаратах. На отсутствие достаточной информации о лечении психических расстройств указали все опрошенные семьи (100%).

Индивидуальное и семейное психологическое консультирование обычно предлагается родственникам после посещений занятий в рамках специальной программы психиатрической грамотности. Психологическое консультирование направлено на более углубленное, по сравнению с психообразовательными занятиями, рассмотрение проблем конкретных семей. Целью консультирования является помощь родственникам в осознании проблем, понимании скрытых причин проблемы и конфликтов, обозначение путей для их решения.

Тренинги навыков рекомендуются для родственников, которые проживают с больным, у которого рецидив заболевания случается чаще, чем 1 раз в год, который имеет многочисленные конфликты или проявляет физическое насилие, а также одиноким родственникам, занятым уходом за тяжело психически больным. Целью таких тренингов является гармонизация отношений и эмоциональной атмосферы в семье, повышение стрессоустойчивости.

При завершающем анкетировании члены семей указывали на повышение личной компетентности в области психиатрической грамотности (100%), улучшение коммуникативных навыков (100%), снижение груза субъективной тревожности (62,5%); «примирились и приняли болезнь близкого человека» (25%); «получили необходимую помощь и знания, как жить в новых условиях» (12,5%); сформировали представление о психическом расстройстве как о болезни, которую нужно обязательно лечить (100%).

Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001г. // Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда – М.: Весь Мир. – 2001. – С. 215.
2. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблема стигматизации и комплайенса // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т.8, № 2. – С. 58-62.
3. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т.9, № 3. – С. 5-8.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сальникова Л.И. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных – М.: Медиа-практика, 2002. – 180 с.
5. Руководство по социальной психиатрии. /Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. 2-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 554 с.
6. Казаковцев Б.А. О реформе психиатрической помощи. // Независимый психиатрический журнал. – 2004. – №4. – С. 28-31.
7. Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – №3. – С. 97-101.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожак Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2007. – 492 с.
9. Зайцев В.В., Зотова А.В. Базовые принципы семейной психотерапии при шизофрении // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии, под редакцией О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Таро, 2013. – С. 58 – 64.

10. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Влияние семьи на медикаментозный комплаенс больных шизофренией // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – №2. – С. 31 – 33

11. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, №3. – С. 43-47.

12. Солохина Т.А., Ястребов В.С., Цапенко А.И. и др. Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных: методические рекомендации /Научный центр психического здоровья РАМН. – М., 2010. – С. 3-25.

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОЙ
С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ,
ОБУСЛОВЛЕННЫМ ОДНОРОДИТЕЛЬСКОЙ
ДИСОМИЕЙ В ЛОКУСЕ 15Q11.2,
С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ ОЖИРЕНИЯ,
ОСЛОЖНЕННОЙ АКИНЕТИКО-РИГИДНЫМ
СИНДРОМОМ**

**Булатникова М.А.¹, Волкова И.А.²,
Ларионова В.И.³, Поляков Ю.И.⁴**

¹ Медицинский центр "Покровский" ООО "ПБСК"

² НИИДИ ФМБА России

³ НИИ ИЭМ

⁴ Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН
Санкт-Петербург

Синдром Прадера-Вилли – генетически детерминированный синдром, проявляющийся умственной отсталостью, значительно варьирующей по степени, но чаще легкой (дебильность) степени, ожирением, патогномичным комплексом мягких краниофациальных микроаномалий и микроаномалий развития конечностей, обычно наличием выраженной мышечной гипотонии с задержкой психомоторного развития на 1-2 -ом году жизни, нарушениями пищевого поведения, а также эмоционально-волевыми нарушениями невротического уровня: повышенной частотой тревожно-депрессивного расстройства, обсессивно-фобических расстройств в юношеском и взрослом возрасте, неврозоподобными расстройствами. К другим непостоянным, но часто встречаемым расстройствам при синдроме Прадера-Вилли относятся гипогонадизм, крипторхизм и микропения у

мужчин, уменьшение больших половых губ у женщин, умеренная низкорослость, страбизм, редко пороки развития почек, а также ранее развитие дислипидемии, сахарного диабета 2-ого типа с исходом в ранний дебют цереброваскулярных расстройств.

Как уже было сказано выше, степень олигофрении значительно варьирует, и может быть представлена как тяжелыми формами, так и незначительно сниженным. Более 30% больных имеет легкую степень олигофрении. Описаны случаи с нормальным интеллектом. Быстро прогрессирующее ожирение относится к основным проявлениям синдрома, но возраст его проявления варьирует. Более чем у половины больных развитие ожирения происходит в возрасте от 1 года до шести лет, у остальных больных ожирение развивается позже, присутствует, хотя бы в легкой форме к 20 годам у всех. Интересная и имеющая значение для клинического этапа диагностики особенность: до развития ожирения (если оно не носило врожденного характера) для больных характерно астеническое телосложение и уменьшенный подкожно-жировой слой. Распространенное мнение о наличии ожирения у больных синдромом Прадера-Вилли, начиная с 1-ого года жизни, приводит к поздней постановке диагноза у больных с более поздним развитием ожирения. Ожирение имеет сложный и не до конца изученный генез – изменения наблюдаются как на тканевом уровне, так и на центральном. Нарушение пищевого поведения – не всегда наблюдающийся, но значимый фактор ожирения, более характерный для больных с микроделеционной формой. Характерно отсутствие чувства пищевого насыщения, а также быстро формирующаяся привычка снижать возникающее чувство тревоги едой. Нарушения пищевого поведения является одним из потенциально-корректируемых факторов. Желание родителей и рекомендации врачей контролировать набор веса ребенка школьного и юношеского возраста диетой замедляет формирование ожирения, но без сопутствующей работы психотерапевта и медицинского психолога ведет к дальнейшему углублению нарушений пищевого поведения – как дети так и взрослые начинают тайком прятать пищу.

Краниофациальные микроаномалии при синдроме Прадера-Вилли образуют характерный патогномичный комплекс. Наличие микроаномалий развития является необходимым условием при обосновании клинического диагноза, в то же время важно понимать, что микроаномалии, особенно у взрослых больных, носят стертый характер. Диагностическое значение имеет наличие большей части составляющих ниже описанного патогномичного комплекса, а не степень их выраженности. Необходимо также учитывать возрастные особенности: некоторые краниофациальные микроаномалии (выступающие вперед лобные бугры, антимонолоидный разрез глаз, "кукольное" лицо) выражены только в раннем детском возрасте. В юношеском и взрослом возрасте наиболее информативными микроаномалиями являются подчеркнутые височные ямки, миндалевидная форма щелей, часто сочетающаяся с глубоко-посаженными глазами

ми яблоками, веерообразная форма носогубный желобок, тонкая верхняя губа, высокое (но не готическое) небо, умеренная микрогнатия, выступающий подбородок. Для детей школьного возраста характерен высокий прямой лоб. Этот признак обычно присутствует и у взрослых, но в ряде случаев становится слабо выражен уже в юношеском возрасте, о чем необходимо помнить при оценке габитуса взрослого больного. Часто можно отметить легкую гипоплазию области противозавитка обеих ушей. Диспластичное телосложение проявляется короткой шеей, короткой грудной клеткой, маленькими кистями и стопами, по отношению к пропорциям туловища, вариантом является короткая кисть с тонкими удлинненными пальцами конической формы. Характерна вальгусная установка локтей, вальгусная установка в коленных и голеностопных суставах, гипермобильность крупных суставов.

Мышечная гипотония первого-второго года жизни часто выражена настолько, что может вести к неправильному суждению о наличии у ребенка врожденной миопатии, по данным ЭНМГ могут фиксироваться изменения характерные для непрогрессирующей миопатии. Наличие такой гипотонии, обычно сопровождаемой серьезной задержкой моторных навыков и нарушением координации, также может вести к расценке картины задержки психомоторных навыков у ребенка как тяжелой, что в свою очередь расценивается как неблагоприятный прогностический признак в отношении дальнейшего развития ребенка. Между тем известно, что гипотония первых лет является специфической чертой детей с синдромом Прадера-Вилли, и резко уменьшается в возрасте 2-4 лет, и таким образом не имеет четкой корреляции с прогнозом для развития моторных навыков и речи. Этот крайне характерный признак для синдрома отсутствует у некоторых больных, его отсутствие отмечено в наблюдении, которое будет представлено ниже.

Синдром Прадера-Вилли обусловлен отсутствием экспрессии (нормальной работы) импринтированных генов региона PWCR в локусе 15q11, метилированных по отцовскому типу (как хромосома получаемая от отца). Наиболее частой причиной (около 70%) является микроделеция в локусе 15q11.2, включившая гены региона PWCR, прометирированные по отцовскому типу. Другой причиной служит однородительская дисомия с наличием двух идентичных, участков локуса 15q11.2, региона PWCR, метилированных по материнскому типу. Исключительно редкими причинами развития синдрома служат нарушения самого течения импринтинга а этапе метилирования, а также микроделеция региона 15q11.2, сочетаемая с транслокацией.

Когда синдром Прадера-Вилли является основным клиническим предположением, для его верификации рекомендованы методы, определяющие характер метилирования, прежде всего метил-специфическая MLPA. Метод FISH, позволяющий определить наиболее распространенную микроделеционную форму синдрома Прадера-Вилли также продолжает использоваться, но, учитывая, что микроделеция локуса 15q11.2 этого же ре-

гиона, но с метилированием по материнскому типу, ведет к развитию синдрома Ангельмана, применение метода требует наличия четкой клинической картины синдрома Прадера-Вилли; диагноз в этом случае может быть установлен без определения статуса метилирования на основании сопоставления клинической картины и результата генетической диагностики. Матричный микроэрей, позволяющий оценить как наличие делеции области 15q11,2, так и наличие однородительской дисомии в этой области без определения статуса метилирования является предпочтительным в атипичных случаях, когда в дифференциальном диагнозе серьезно рассматриваются и другие микроделеционные синдромы. В настоящее время диагноз синдрома Прадера-Вилли устанавливается на основании наличия характерной клинической картины и данных цитогенетической или молекулярно-цитогенетической диагностики, выявляющей одну из причин развития синдрома. При наличии классической клинической картины без проведения генетической диагностики синдром не может быть установлен, так как описаны другие генетические синдромы, клинически схожие с синдромом Прадера-Вилли. (Смит-Магенис, некоторые формы 22q11 и др.).

Поскольку большая часть больных имеют легкую степень олигофрении, больные в детском возрасте легко вступают в контакт, проявляют интерес к проводимым с ними занятиям. Имеются наблюдения больных с задержкой психоречевого развития в детском возрасте и нормальном без исхода в олигофрению. Больные с синдромом Прадера-Вилли имеют хороший реабилитационный потенциал, и задача социализации этих больных представляется актуальной и перспективной. Ранняя абилитация больных (начало занятий с педагогом-дефектологом в первые годы жизни, занятия с логопедом, при необходимости с наличием индивидуальных занятий, занятия на мелкую моторику, занятия лечебной физкультурой входят в алгоритмы ведения больных Парадера-Вилли в странах Западной Европы и США. Необходимой предпосылкой эффективной абилитации является знание особенностей синдрома, как в отношении особенностей когнитивного дефицита, ему присущих, так и, что не менее важно, особенностей эмоционально-волевых нарушений, возрастных особенностей течения заболевания, проявляемых в юношеском возрасте и у взрослых.

Если генетическая природа, подходы к диагностике, частота встречаемости отдельных симптомов, течение синдрома в детском возрасте хорошо изучены, то особенности эмоционально-волевых и когнитивных нарушений, а также их течение в юношеском и взрослом возрасте, требуют более детального изучения с целью обоснования наиболее оптимальных путей абилитации, а также возможностей применения как психотерапии, так и фармакотерапии. Должно браться в учет и раннее развитие ожирения и цереброваскулярных расстройств, способных утяжелять и трансформировать течение синдрома. Их наличие также требует мультидисциплинарного под-

хода к больному, которому может потребоваться наблюдение как психиатра, так и педиатра/терапевта, невролога, эндокринолога, генетика.

Мы хотим привести клиническое наблюдение молекулярно-цитогенетически подтвержденного случая Прадера-Вилли, обусловленного однородительской дисомией в локусе 15q11 у взрослой женщины с атипичным течением заболевания – отсутствием выраженной задержки психомоторного развития в первые два года жизни, и поздним развитием ожирения (первые признаки ожирения с 17 лет), без нарушений пищевого поведения. Данное наблюдение представляет интерес, потому, что пациентка закончила (хотя с участием мамы) обычную школу, и в настоящее время после госпитализации продолжает работу (секретарем), хотя не получала должной по диагнозу реабилитации в связи с поздней постановкой диагноза, что демонстрирует высокие возможности социализации больных с данным синдромом, указываемую зарубежными авторами.

Поступила в отделение впервые, добровольно. На диспансерном наблюдении у психиатра не находится. При поступлении предъявляет жалобы на периодические головные боли, нарушение устойчивости при ходьбе. Ребенок от первой беременности, которая была осложнена токсикозом первой и второй половины беременности. Роды стремительные, закричала сразу, выписана из роддома как здоровый ребенок. Впоследствии, со слов матери, развивалась соответственно возрасту. В 4 месяца упала с кровати, была наружная подкожная гематома, за медицинской помощью не обращались. В 7 месяцев, на фоне ОРВИ – фебрильные судороги. В дальнейшем физически развивалась соответственно возрасту, была астенического телосложения, пониженного питания (что очень характерно для больных с синдромом Прадера-Вилли до развития ожирения), подвижная, любила активные игры. Беспокойство родителей вызывала некоторая «косноязычность»: девочка «не могла правильно формулировать мысли», при этом сама речь была четкая, к общению с детьми стремилась, в детском коллективе удерживалась. Дефектолог патологии не находил. В школу пошла в 8 лет. По характеру продолжала оставаться активной, подвижной. Со сверстниками общий язык находила. Училась средне, без грубого отставания, но в 13 лет получила сочетанную травму во время игры на улице в школе (травму головы и перелом ключицы). Со слов матери, более 2 часов была частично без сознания, частично в спутанном сознании. Был однократный судорожный припадок с утратой сознания. В дальнейшем самочувствие было стабильным, но в связи с длительной госпитализацией в класс не вернулась, завершила школьное образование надомным обучением. При этом оставалась общительной, интересовалась рукоделием, любила читать. В старших классах продолжала учебу «на три» практически по всем предметам, с математикой справлялась при активной помощи матери. С 17 лет мать впервые отметила прибавку в весе у больной. В 19 лет без видимой причины появились приступы

резких падений вперед, без потери сознания, иногда с получением травмы (имеются рубцы на лице). Приступы были расценены неврологом как эпилептические, назначена противосудорожная терапия – финлепсин, бензонал – без убедительного эффекта в отношении частоты падений. На фоне лечения депакином, назначенным позже, наблюдаемое ранее увеличение веса приобрело быстрый, неконтролируемый характер. В этот же период, со слов мамы, «стала терять интеллект», при этом частота падений осталась прежней. После падения с лестницы проявился «страх ступеней», стала более замкнутой, появилась неустойчивость при ходьбе, стала бояться переступить порожки, неровности, подниматься и спускаться по ступеням, присоединились падения при попытке перешагнуть через небольшие препятствия, ухудшились навыки счета, стала менее спонтанна в действиях, медлительна. Со слов матери, с возраста 27-30 лет резко изменилась внешне: огрубели и деформировались черты лица («оплыла, изменилось выражение лица»), изменился характер походки (мелкими шажками, подтягивает левую ногу). Эпилептологом постоянно не наблюдается, противосудорожной терапии к моменту поступления в стационар не получает. Находится под постоянным присмотром матери дома и на работе – заполняет на компьютере реестры (переносит рукописный текст на электронный носитель), с работой справляется. Объективно: Сознание формально ясное. Ориентирована в собственной личности, времени, месте полностью. Продуктивной симптоматики нет. Контакт доступен. На вопросы отвечает, в основном, односложно, иногда молчит, отворачивается. При беседе складывается впечатление о недопонимании обращенной речи на неожиданную тему. Фразы шаблонны. Простые задания (достать правой рукой левое ухо) выполняет с трудом. Эмоционально монотонна. Аспонтанна. Лицо олигомично. На просьбу быстро что-либо сделать – суетлива, эмоционально лабильна. Мышление малопродуктивно, ригидное, ближе к конкретному. Интеллектуально-мнестически снижена. Опасных тенденций не проявляет.

В неврологическом статусе: зрачки равные, реакция на свет прямая и содружественная сохранена, птоза нет; наблюдается легкая асимметрия глазных щелей, что связано с костной асимметрией глазных щелей. Лицо несколько гипомимично, в то же время объем движений мышц лица полный. Жевание, глотание сохранены. Речь дизартрична, тихая. Язык по средней линии. Походка мелкими шагами. Выявлена постуральная неустойчивость, наличие легкого повышения экстрапирамидного тонуса «зубчатого колеса» в руках, больше слева.

Клинический и биохимические анализы без патологии. ТТГ 1,5 (N 0,23-3,4), Т3 1,9 (1,0-23,2), Т4 своб.-14,0 (10,0-23,2), пролактин-1728 мМЕ/л. Клинический анализ мочи: без патологии. ЭЭГ: пароксизмальной, очаговой активности не регистрируется, умеренные диффузные изменения БЭА сочетанного генеза. ЭЭГ мониторинг: пароксизмальной очаговой активности не зарегистрировано. МРТ головного мозга: единичный субкортикаль-

ный очаг в белом веществе правой височной доли, более вероятно сосудистого генеза. Наружная заместительная гидроцефалия. УЗИ органов брюшной полости: ЖКБ. Множественные камни желчного пузыря. Врожденная деформация желчного пузыря. Камни правой почки. Консультирована эндокринологом: матронизация легкой степени выраженности. Ожирение I – II ст. Гиперпролактинемия. Консультирована генетиком: диспластического телосложения, ожирение. Мелкие, но множественные микроаномалии развития: подчеркнутые височные ямки, глаза миндалевидной формы, легкая асимметрия глазниц, нос диспластичный, с гипоплазией крыльев, узкий и удлиненный носогубный желобок, тонкая верхняя губа, высокое узкое небо, умеренная микрогнатия, выступающий подбородок. Короткая шея. Маленькие кисти, тонкие длинные конические пальцы. Вальгусная установка коленей. Плоско-вальгусные стопы. Наблюдаемые в настоящее время микроаномалии развития лица наблюдаются также на представленных фотографиях, выполненных в старшем школьном возрасте, в 20 лет.

С учетом данных о наличии задержки развития с детского возраста, всего комплекса наблюдаемых микроаномалий развития, наличия ожирения и гиперпролактинемии, признаков акинетико-ригидного синдрома, был предположен синдром микроделеции 22q11, атипичная форма (при данном синдроме описаны примеры развития акинетико-ригидного синдрома во взрослом возрасте). В дифференциальном диагнозе, с учетом соответствия наблюдаемых микроаномалий, мягкого характера когнитивных нарушений, позволившего закончить обычную школу, а также развития ожирения до приема депакина, был предположен синдром Прадера-Вилли.

Для верификации генетического диагноза, с учетом наличия обоих предположений, рекомендовано проведение молекулярно-цитогенетического исследования методом матричного микроэррея расширенного. Отказалась от обследования у дефектолога, нейропсихологического тестирования. В отделении получала: глиатилин 1000 мг в/в, капельно, акатинол-мемантин 10 мг в сутки, урсосан 500 мг вечером, феназепам 0,001 – при выраженной тревоге. На фоне лечения стала более активна в передвижениях по отделению, сама ходила в туалет (переступая порог), стала отказываться от помощи матери при ходьбе. В общении с врачами более спонтанна, позитивна, смогла пройти длительные исследования (ЭЭГ мониторинг, МРТ, длительный осмотр на консилиуме). Мать отметила безусловную положительную динамику в поведении пациентки.

С учетом наличия акинетико-ригидного синдрома неясного генеза, рекомендовано проведение по месту жительства пробы с препаратами L-DOPA. Проба была проведена под контролем невролога – положительного эффекта на выраженность акинетико-ригидного синдрома не отмечено. По результатам матричного микроэррея расширенного, обнаружена однородительская дисомия в локусе 15q11.2, затронувшая 91 ген, среди которых импринтированные гены локуса PWSR: SNPPN и NPAP1.

Микроделеции в регионе 22q11 обнаружено не было, как не обнаружено иных микроделений/микродупликаций или зон однородительской дисомии, для которых характерна вышеуказанная клиническая картина. С учетом сопоставления клинической картины и результатов молекулярно-цитогенетической диагностики установлен диагноз синдрома Прадера-Вилли.

Представленный случай иллюстрирует вариант атипичного течения синдрома Прадера-Вилли. Несмотря на то, что диагноз был установлен у взрослой женщины и адекватная абилитация отсутствовала, больная окончила обычную школу, работает и продолжала работать даже в период декомпенсации состояния. Пример иллюстрирует относительно высокий абилитационный потенциал больных синдромом Прадера-Вилли.

Не до конца понятным остается развитие акинетико-ригидного синдрома, не описанного у больных с синдромом Прадера-Вилли. С учетом данных за ранее начало цереброваскулярных проявлений у больных данным синдромом, и, вероятно, сосудистого генеза единственного небольшого очага, найденного при МРТ, а также наличия положительной динамики на фоне нейрометаболической терапии, наиболее вероятным представляется акинетико-ригидный синдром в структуре цереброваскулярных нарушений.

Приведенный пример также демонстрирует необходимость мультидисциплинарного подхода как в абилитации, так и коррекции периода декомпенсации больных генетическими синдромами, что было реализовано, в том числе, за счет мультидисциплинарного подхода врачей различных специальностей и лечебно-профилактических учреждений города.

Литература:

1. Юров И.Ю., Ворсанова С.Г. Куриная О.С., Колотий А.Д. и др. Синдромы Прадера-Вилли и Ангельмана: возможности молекулярно-генетической и цитогенетической диагностики. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014; 114(1):49-53
2. Психологические аспекты генетических синдромов, ассоциированных с аутизмом и умственной отсталостью. Зеленова М.А., Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г. Юров И.Ю. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований 2015 №12 (часть 10) – С.1870-1876
3. Трудный пациент. Гузева В.И. Бессонова Л.Б. Насеко К.А. Клинические трудности диагностики синдрома Прадера-Вилли. 2012 №12 том 10
4. Prader-Willi syndrome. Driscoll DJ, Miller JL, Schwartz S, et al. GeneReviews[Internet] Initial posting: October 6, 1998; last update: february 4, 2016.
5. Prader-Willi syndrome: a review of clinical, genetic, and endocrine findings. Anquilo MA, Butler MG, Gatalotto M.E. J Endocrinol. Invest. 2015 Dec;38(12):1249-63. doi: 10.1007/s40618-015-0312-9. Epub 2015 Jun 11.
6. Prader-Willi syndrome: a review of clinical genetics and diagnostic aspects with treatment approaches. Butler MG, Manzardo AM, Forster JL. Curr Pediatr Rev. 2015 Nov 22.

**КОНЦЕПЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НИПНИ
ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА
И ШКОЛА ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ
Г.А. АМОА – 40 ЛЕТ СОТРУДНИЧЕСТВА
Васильева А.В.**

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

До настоящего времени психическое заболевание все еще ассоциируется со стигмой, негативным отношением общества к психически больным и психиатрическим институтам, с изоляцией и пренебрежением. Общество избавляет себя от ответственности за своих психически больных сограждан, отсекая их, лишая дееспособности, наказывая потерей социального положения, ограничением гражданских прав, свободы, достоинства и, наконец, забывая о них.

Значительное количество психиатрических коек вряд ли является показателем заботы общества о психически больных и качества работы психиатрических служб. К сожалению, остается справедливой оценка институциональных форм помощи, данная в свое время немецким обществом невропатологов и психиатров («План обслуживания психически больных в ФРГ», 1971): «Имеющиеся психиатрические больницы, в которых стационарно обслуживается большая часть психически больных, перегружены и переполнены, имеют недостаточное количество персонала и находятся в обветшалом состоянии».

Психотерапевтическая работа, расшифровка патологического поведения, через осознание бессозна-

тельной динамики сопротивления и переноса, имела следствием то, что неосознаваемая динамика межличностных отношений в психиатрических учреждениях сама должна была стать проблемой. Оказалось возможным распознать антитерапевтический характер иерархически и бюрократически структурированных клиник и содержания больных – как и усилия по созданию «терапевтической среды», т.е. лечебной ситуации, в рамках которой делаются доступными осознанию и изменению бессознательные конфликты пациентов. Целью при этом было постепенное превращение учреждений кустодальной психиатрии, служащих простому интернированию психически больных, в терапевтические инструменты, которые могли бы соответствовать новым познаниям о динамике психических заболеваний и которые могли бы не препятствовать психотерапевтической работе, а способствовать ей.

Динамическая психиатрия смогла интегрировать данные исследования ее собственной структуры и форм деятельности в собственную практику и самовосприятие, поскольку она восприняла основные предпосылки психоаналитического метода, а именно, последовательную рефлексию бессознательных процессов переноса, которая вынуждает психиатра постоянно перепроверять и подвергать ревизии свою позицию относительно больного, учреждения и коллег, свои собственные чувства, страхи, предрассудки, ибо иначе он не может помочь пациенту осознать мотивы его поведения, от которых тот страдает. На основе этой установки, полностью ориентированной на потребности терапевтической работы, могут развиваться практика и концепция динамической психиатрии. В соответствии с этим, вся клиника понимается и организуется как терапевтический инструмент, задача которого состоит в установлении терапевтической среды, которая взаимодействует как с личностью, т.е. в его телесной, психической и социальной целостности. Очевидно, что такая программа лечения должна вовлекать всю бригаду каждого учреждения в лечебный процесс. Чтобы сформироваться и работать, т.е. представлять собой терапевтическую среду, такая бригада требует основательной, прежде всего, групподинамической и психотерапевтической подготовки. Эта работа является абсолютно приоритетной. Требование William Menninger “brains before bricks” является, по нашему мнению, основным законом каждой психиатрической структурной реформы, притязающей на действительное улучшение ситуации.

1. Психически больному могут помочь только сооружения, упорядоченные и ориентированные на эффективность бюрократической структуры, а также терапевтически опытные и подготовленные люди, которые в состоянии коммуницировать о потребностях и распознавать неосознанные потребности, проявляющиеся в страданиях психически больных.

2. На место медицински суженного понятия болезни традиционной психиатрии динамическая психиатрия ставит концепцию многофакторного генеза

психической болезни и понимает патологию как выражение и результат патогенной динамики, в которой взаимодействуют психические, соматические и социальные факторы.

3. Программа лечения динамической психиатрии основана на модели психоанализа. Терапия вовлекает бессознательное и современное, прошлое и возможное в будущем социальное поле пациента. Она в принципе работает с сопротивлением и переносом.

4. Целью терапевтической программы является компенсаторное развитие Я пациента. Центральным инструментом лечения является терапевтическая среда всей клиники, которая в качестве «facilitating environment» принимает и стимулирует здоровые компоненты личности пациента, позволяя ему проработку конфронтации со своим заболеванием в рамках понимающей интерпретации.

5. Терапевтическая среда клиники складывается из большого числа различных терапевтических ситуаций, от классического анализа, через интенсивную психотерапию не на кушетке, аналитическую групповую терапию – вплоть до спектра невербальных терапевтических ситуаций, предоставляемых аналитической терапией средой.

6. Предпосылкой для успешной интеграции этого многообразия ситуаций лечения является вовлечение всего персонала в терапевтическую работу в качестве вспомогательных терапевтов.

7. Психиатрическая клиника может, таким образом, предоставить терапевтическую среду, позволяющую пациенту под защитой клиники отреагировать свои ставшие неосознаваемыми конфликты и, тем самым, сделать их доступными наблюдению и интерпретации.

В 1970-х гг. М.М. Кабанов в НИПНИ им. В.М. Бехтерева вместе с коллегами и учениками начал разрабатывать концепцию реабилитации, понимаемую как «не только профилактику, лечение и трудоустройство, но, в первую очередь, как ресоциализацию, восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса». В практическом плане была организована система лечебных мероприятий, построенных по принципу партнерства, в которых стержневым содержанием стала апелляция к личности больного с привлечением его как можно больше к соучастию в восстановлении тех или иных нарушенных функций или социальных связей. С 1973 г. институт им. В.М. Бехтерева стал официальным научным партнером от СССР в центральном государственном исследовательском проекте «Нервно-психические расстройства» Министерства здравоохранения ГДР. В рамках этого сотрудничества проводились совместные исследования в области социальной психиатрии и обмен специалистами. Одним из итогов работы стала передовая для своего времени концепция функционального диагноза, который позволил в едином конструкте осуществить диалектическую связь между диагностикой болезни и больного, тем самым интегрировав психосоциальные аспекты в диагностический и лечебный процесс.

Итоги этой работы были представлены М.М. Кабановым в 1976 г. на конгрессе психиатров в Дрездене, где он сделал доклад о своем понимании концепции реабилитации. Принимавший участие в работе конгресса основатель Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP), президент Немецкой академии психоанализа (DAP) Гюнтер Аммон заинтересовался исследованиями института и высказал пожелание о возможности научного сотрудничества, которое было спустя несколько лет осуществлено. Теоретические положения концепции динамической психиатрии имели много общего с положениями концепции реабилитации с ее системным (холистическим) подходом к человеку. Началось постепенное ознакомление с работой двух позиций в этом подходе — российской и немецкой. Следующая встреча состоялась в Тбилиси в 1979 г., после которой в журнале ассоциации «Динамическая психиатрия» W. Rock представил подробное изложение работы симпозиума, подчеркнув близость научных интересов и сходство теоретических позиций немецких и советских ученых в ряде областей. В частности, он отметил доклад М.М. Кабанова, в котором, несмотря на различия теоретических основ и общественного устройства обеих стран, отчетливо прослеживается общность подхода к лечению больных шизофренией, центральное значение групповых методов работы и отношений между пациентом и врачом в системе реабилитации больных. W. Rock отметил во многом совпадающие концепции реабилитации М.М. Кабанова и динамической психиатрии G. Ammon. В последней, в отличие от классического психоанализа, терапевт занимает активную позицию, являясь, если это необходимо, вспомогательным «Я» пациента.

Несмотря на длительную оторванность от мирового опыта, вследствие идеологических и политических причин, развитие отечественной психотерапии к концу 1970-х – началу 1980-х гг. приблизилось по своему содержанию к общемировым тенденциям, а именно, в плане гуманизации психотерапии, повышения интереса к интерперсональным ее аспектам, активного развития групповых методов работы. Все это послужило основой для развития коллегиальных дружеских отношений между школой динамической психиатрии и советскими специалистами.

В работе 6-го конгресса Всемирной ассоциации динамической психиатрии в 1988 г. «Шизофрения и психосоматика — структурные и процессуальные человеческие измерения — методы лечения и исследовательские концепции в динамической психиатрии» впервые приняла участие делегация из СССР, в состав которой вошли М.М. Кабанов, А.А. Чуркин, главный психиатр Минздрава СССР, и Е.В. Зубков, сотрудник нашего института. М.М. Кабанов в своем докладе указал на необходимость интеграции медицинских, психологических и социальных аспектов в систему реабилитации больных. Доклады Е.В. Зубкова и А.А. Чуркина были посвящены реабилитации пожилых пациентов с нейрофизиологическими нарушениями и развитию психотерапевтической службы в

СССР. После этого начался регулярный обмен специалистами; в 1988 г. был заключен первый договор о научном сотрудничестве в области психотерапии, в котором психоаналитический его аспект практически не упоминался, учитывая тогдашнее отношение к психоанализу в нашей стране.

В 1988 г. журнале «Динамическая психиатрия» (№ 108/109) в разделе «Книжное обозрение» была опубликована рецензия на книгу М.М. Кабанова и К. Вайзе «Клинические и социальные аспекты реабилитации психически больных». К. Weise, профессор Лейпцигского университета, не был психоаналитиком, но разделял ряд идей психоанализа и динамической психиатрии как нового метода познания личности и гуманистического направления в психиатрии. В своей рецензии врач-психиатр из клиники Менершвайге В. Richarz пишет о том, что очень редко работы специалистов из социалистических стран принимаются западными учеными, и это, безусловно, неблагоприятно влияет на международное сотрудничество, многие ценные идеи и опыт при этом теряются и остаются незамеченными, но книга М.М. Кабанова и К. Вайзе скорее является исключением из правил. Автор отмечает гуманистическую направленность книги, отношение к больному в представленной концепции реабилитации, прежде всего, как к личности, важность восстановления социального статуса больного и активной работы с родственниками, понимание особенностей индивидуальной патодинамической структуры и ее связи с актуальной социальной ситуацией больного. Подчеркивается, что все эти идеи во многом перекликаются с основными принципами динамической психиатрии и не могли не найти отклик и высокую оценку ее приверженцев.

С 1988 г. расширяется круг публикаций в журнале «Динамическая психиатрия», появляются статьи московских и грузинских ученых, специалистов из института им. В.М. Бехтерева – по психотерапии, реабилитации, вопросам этики, актуальным проблемам оказания помощи психически больным, истории медицины.

В 1989 г. состоялся 7-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Бордерлайн-синдром в теории и практике». В нем приняла участие советская делегация в составе М.М. Кабанова, Ю.Я. Тупицына, А.А. Чуркина, В.С. Ротенберга и других, в докладах которых отчетливо прозвучала близость ряда идей советской психиатрии и психотерапии и динамической психиатрии, была подчеркнута плодотворность многолетнего научного сотрудничества Г. Аммон с В.С. Ротенбергом. Было заключено соглашение по разработке совместных научных проектов между Немецкой академией психоанализа (Мюнхен/Берлин) и научными учреждениями Ленинграда и Москвы с последующим созданием отделения динамической психиатрии в СССР. На этом конгрессе сотрудничество ученых обеих стран перешло на качественно новый уровень – от личной переписки и дружбы к официально признанной научной кооперации между институтами. В этом же году в Ленинграде в институте

им. В.М. Бехтерева состоялся конгресс по социальной психиатрии «Социальная психиатрия: фундаментальные и прикладные исследования», в работе которого приняла участие делегация ВАДП в составе G. Ammon, M. Berger, I. Burbiel.

В 1989 г. в Мюнхене в клинике Менершвайге в научной командировке побывала делегация ленинградских ученых. Об этом сообщалось в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 118/119) как о первом визите ученых института им. В.М. Бехтерева в рамках научного обмена. А.М. Шерешевский выступил с докладом «Транскультуральные проблемы в развитии психотерапии» и показал исторический фильм о жизни В.М. Бехтерева, основателя института. Доклад «Гуманистические традиции в истории русской и немецкой психиатрии» А.М. Шерешевский сделал в Немецкой академии психоанализа. Оба доклада вызвали живой интерес и плодотворную дискуссию, в результате чего возник совместный проект по сравнительному исследованию эффективности терапии пациентов в клинике Менершвайге и института им. В.М. Бехтерева.

В октябре 1990 г. в Берлине прошел 8-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Психотерапия психозов». В его работе приняла участие группа российских специалистов в составе М.М. Кабанова, А.А. Чуркина, В.С. Ротенберга, Ю.Я. Тупицына, А.М. Шерешевского, В.Д. Вида, доклады которых были посвящены особенностям развития психотерапии психозов в СССР, и опубликованы в виде статей в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 124/125, 1990). Во время конгресса состоялось заседание исполнительного совета ВАДП, на котором М.М. Кабанов был избран ее вице-президентом.

В журнале «Динамическая психиатрия» (№ 130/131, 1991) появилось сообщение о дальнейшем развитии совместной научной работы между институтом им. В.М. Бехтерева и Немецкой академией психоанализа. В 1991 г. институт посетили ведущий психолог I. Burbiel и главный врач клиники Менершвайге R. Schmidts. Целью встречи было дальнейшее планирование экспериментов, спецификация целей, гипотез, переменных и методов для совместной работы. В дискуссии участвовали М.М. Кабанов, Ю.Я. Тупицын, А.М. Шерешевский, Ю.В. Попов, В.Д. Вид.

В 1991 г. в рамках договора о сотрудничестве в институте им. В.М. Бехтерева начались исследования по адаптации на русский язык и внедрению в практическую работу Я-структурного теста Аммона (ISTA), основного психодиагностического инструмента в клинике Менершвайге, который был специально разработан для психометрических измерений центральных Я-функций. Тест клинически значим, поскольку результаты психометрических измерений позволяют определить терапевтические мишени и отчасти прогнозировать течение терапевтического процесса. Адаптация теста осуществлялась Ю.Я. Тупицыным и его сотрудниками. Результаты работы были представлены в статье, опубликованной в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 134/137, 1992).

Результаты исследования поставили новые вопросы для дальнейшей работы; было отмечено, что общая российская популяция характеризуется, в сравнении с немецкой, большим дефицитом конструктивных способностей, а также высоким уровнем неспецифической дезадаптации. Таким образом, выявились транскультуральные различия между российской и немецкой популяциями. При исследовании клинической выборки результаты соответствовали выдвинутой гипотезе и показали изменение Я-функций в зависимости от характера патологии, что подтвердило соответствие теста задачам клинической практики. Осталось неясным, отражает ли полученная картина при исследовании здоровой популяции сложную социально-экономическую ситуацию в нашей стране или является следствием культурологических различий. Проведенная работа в значительной степени обогатила опыт использования ISTA, т.к. впервые были проведены транскультуральные исследования.

Адаптация Я-структурного теста Аммона на русский язык дала возможности для оценки в совершенно новом понимании агрессии, измерения различных функций «Я» в их конструктивном, деструктивном и дефицитарном выражении, что позволило разрабатывать адекватную индивидуально ориентированную психотерапевтическую стратегию, а также лучше прогнозировать ход терапевтического процесса. Содержание в ISTA шкал для измерения конструктивных Я-функций отвечает принятой сегодня салютогенной медицинской концепции, а также ориентации в лечении на имеющиеся у пациента личностные ресурсы. С помощью ISTA, в частности, в ГНЦССП им. В.П. Сербского были проведены пилотажные эпидемиологические исследования в различных регионах страны. Я-структурный тест Аммона нашел применение в диссертационных исследованиях, в том числе Н.Г. Незнанова, С.Л. Соловьевой, которые представили результаты своей работы в докладе на 11-м конгрессе Всемирной ассоциации динамической психиатрии с последующей публикацией в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 146/147, 1994) в статье «Исследование различных форм агрессивного поведения с помощью психологических тестов».

Особой главой в истории сотрудничества между российскими и немецкими учеными стало проведение в стенах института им. В.М. Бехтерева 25–29 октября 1994 г. 10-го конгресса Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Медицина и психология — холистический подход к болезни и здоровью», который был организован при поддержке МЗ РФ. Это был один из наиболее ярких конгрессов ВАДП, который собрал в Санкт-Петербурге известных ученых, практиков и организаторов здравоохранения со всего мира, включая высокопоставленных представителей Всемирной организации здравоохранения, Всемирной психиатрической ассоциации и других организаций. Гостями конгресса были президент Всемирной психиатрической ассоциации Felice Lien Mak, президент Всемирной ассоциации социальной психиатрии и директор Департамента психического здоровья Всемирной ассоциации здравоохранения J. Costa e Silva.

Конгресс изменил статус Всемирной ассоциации динамической психиатрии и способствовал повышению ее престижа среди профессиональных организаций; он был первым, проводившимся за пределами Германии. Проведение конгресса в институте им. В. М. Бехтерева позволило многим отечественным специалистам принять участие в его работе и ознакомиться с современными тенденциями в области психотерапии и клинической психологии. Тема конгресса была выбрана неслучайно и во многом определялась сменой парадигм в медицине и переходом к холистической биопсихосоциальной концепции болезни, что, прежде всего, отразилось в тематике пленарных докладов. В работе конгресса приняли участие свыше 200 ученых из 20 стран мира, которые представили новые достижения в области теории, а также практические решения по интеграции психиатрии, психотерапии, психологии и других областей науки. Работа конгресса была традиционно освещена в журнале «Динамическая психиатрия» (№ 148/149, 1994).

По стечению обстоятельств этот конгресс стал последним в жизни Г. Ammon, который скончался 3 сентября 1995 г. В декабре 1995 г. президентом Всемирной ассоциации динамической психиатрии был избран М.М. Кабанов, что соответствовало желанию основателя ассоциации Г. Ammon и ее исполнительного совета, а также свидетельствовало о концептуальной близости обеих профессиональных школ.

В 1996 г. выходит Указ Президента Российской Федерации «О возрождении и развитии психоанализа в России», что открыло новые перспективы развития психотерапии как специальности в стране. При Министерстве науки и технологий РФ была создана рабочая группа по реализации Указа, председателем которой стал М.М. Кабанов, а одним из заместителей и руководителем группы терапевтического психоанализа – Б.Д. Карвасарский. На протяжении десятилетий психоанализ в СССР был негласно запрещен, и ясно, что специалисты такого уровня не могли появиться в одночасье. Немецкая академия психоанализа оказала заметную помощь российской психотерапии: в рамках договора о сотрудничестве немецкие коллеги взяли на себя обучение, в соответствии с государственными стандартами в Германии, пяти российских психотерапевтов, в том числе двух – из института им. В.М. Бехтерева. Руководитель отделения восстановительной терапии психически больных института В.Д. Вид стал первым сертифицированным психоаналитиком в России. Был подписан договор о сотрудничестве с ГНЦ ССП им. В.П. Сербского о совместной разработке базисной документации, а также с институтом им. В.М. Бехтерева о дальнейшем развитии и совершенствовании русской версии ISTA. С 1996 г. основной акцент переместился на практическую терапевтическую работу, в частности, немецкие коллеги посетили Новгородскую психиатрическую больницу, в которой было запланировано открытие отделения динамической психиатрии; сотрудники больницы были приглашены в клинику Менгершвайге для стажировки и обучения.

В 1997 г. в Мюнхене состоялся 11-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Динамическая психиатрия сегодня, интеграция психотерапии в психиатрию», что оказалось созвучным с актуальными задачами российского здравоохранения в области психотерапии. В Мюнхен впервые приехала делегация Российской психотерапевтической ассоциации, в состав которой вошли руководители региональных отделений Оренбургской, Новгородской, Челябинской областей, главные врачи крупных районных психиатрических больниц и молодые психотерапевты. Российская делегация стала самой многочисленной из всех иностранных участников, и можно говорить о том, что сотрудничество перешло на общероссийский уровень. Группа из шести российских специалистов провела неделю в клинике Менгершвайге с целью знакомства с организацией терапевтического сообщества для последующего внедрения полученного опыта. Во время работы конгресса было достигнуто соглашение об обучении врачей и психологов института им. В.М. Бехтерева по психоанализу и о поддержке Немецкой академией психоанализа организации в институте отделения милье-терапии. На встрече с делегацией Российской психотерапевтической ассоциации был обсужден проект договора о сотрудничестве и обучении, включая открытие отделений динамической психиатрии в ряде регионов России.

В 1998 г. вышла монография М.М. Кабанова «Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия», в которой отдельная глава посвящена сравнению концепций реабилитации и динамической психиатрии. Автор подчеркивает, концепция динамической психиатрии Г. Аммон упала на благодатную почву идей реабилитации, разработанных в институте им. В. М. Бехтерева: обе концепции имеют много общего, в частности, в их основе — примат человеческого «Я», сознательного и бессознательного в определении сущности подхода к психически больным, во многом опирающегося на методологию социально-трудовой реабилитации. Методы работы в институте им. В.М. Бехтерева и в клинике Менгершвайге сходны, несмотря на ряд клиничко-теоретических различий; в меньшей степени используется психоаналитическая психотерапия, вместе с тем, применяются самые разнообразные методы психосоциальных воздействий — индивидуальных и групповых.

М.М. Кабанов писал: «Уже тогда мы увидели общие точки соприкосновения наших взглядов в области психиатрии и психотерапии. С пользой для себя я отметил, что некоторые положения фрейдистского психоанализа были подвергнуты Немецкой академией психоанализа существенному пересмотру и переработке. Г. Аммон было разработано, вписывающееся в наше понимание концепции реабилитации, понятие «социальной энергии», уделяется много внимания использованию групповой динамики в системе отношений «Я-другой», — одному из основных положений психологии, которое в России долгие годы развивали в разных аспектах М.М. Бахтин, В.Н. Мясищев и др. Социальная энергия в понимании Г. Аммон

это один из основных постулатов теории и практики динамической психиатрии. Она заменяет интраиндивидуально-биологическое либидо S. Freud межчеловечески генерирующейся, зависящей от отдельных групп, энергией, Таким образом, социальная энергия перестала быть психической константой, повинующейся как бы термодинамическим законам, а стала зависимой от актуальной групповой динамики и поэтому может изменяться. Реализация в психо- и социотерапевтической практике этого положения (групповая психотерапия, лечение средой, занятостью) показала высокую эффективность подобного подхода при лечении широкого круга психических расстройств. Работа Клиники Менгершвайге во многом перекликается с деятельностью созданного в 1966 г. в Институте им. В.М. Бехтерева отделения восстановительного лечения и реабилитации психически больных».

В 1999 г. в Берлине состоялся 12-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Шизофрения и пограничные расстройства». В работе конгресса приняли участие 26 специалистов из России, в т.ч. представители института им. В.М. Бехтерева, ГНЦССП им. В.П. Сербского, а также руководители региональных отделений Российской психотерапевтической ассоциации, психотерапевты из Оренбурга, Новгорода, Челябинска. Следующая встреча с немецкими коллегами состоялась на конференции «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике», организованной Российской психотерапевтической ассоциацией (1999, Иваново). В ней приняли участие I. Burbiel и G. von Bylov, которые представили доклады о системе обучения и месте психоанализа в психотерапии, а также об изменениях и последствиях принятия в Германии закона о специальности психолог-психотерапевт, который формально уравнивает в полномочиях врача психотерапевта и психолога-психотерапевта. В своем выступлении I. Burbiel рассказала не только о возможностях, которые открывает новый закон для психолога, но и связанных с ним сложностях для этих специалистов.

В 1999 г. психиатр E. Fabian и психолог M. Rettenberger из клиники Менгершвайге провели в Оренбурге обучающий цикл по основам динамической психиатрии, включающий лекции, семинары, а также практические занятия по экспрессивным методам терапии, на котором присутствовало более 100 специалистов врачей и медицинских психологов со всего региона. В Оренбурге же было переведено на русский язык методическое пособие M. Dworschak и B. Richarz по милье-терапии, рекомендованное Всемирной организацией здравоохранения. В 2000 г. в клинике Менгершвайге состоялась рабочая встреча участников мультицентровых исследований из Санкт-Петербурга, Москвы, Тель-Авива. В проекте приняли участие М.М. Кабанов, В.Д. Вид, Ю.А. Александровский, Б.С. Положий, А. Кон, S. Tuano, I. Burbiel, M. Ammon, G. Wolfrum, G. Finke. В 2000 г. клинику Менгершвайге посетили С.М. Бабин, М.И. Шлафер и Л.М. Портнов из Оренбурга с целью изучения особенностей терапевтической работы в динамической психиатрии

с углубленным изучением милеи-терапии. Они привезли с собой видеоматериалы с опытом своей работы в отделении динамической психиатрии (психотерапии) 2-й Оренбургской областной психиатрической больницы. Осенью того же года в клинике Менгершвайге побывали врач и медицинский психолог из Отделения динамической психиатрии Новгородской областной психиатрической больницы с целью обмена опытом и изучения отдельных аспектов проведения милеи-терапии.

В 2000 г. в институте им. В.М. Бехтерева состоялся конгресс, посвященный оценке качества жизни. От Немецкой академии психоанализа с докладом «Качество жизни и гуманструктуральная милеи-терапия» выступила психолог и руководитель милеи-терапии клиники Менгершвайге М. Dworschak, которая провела семинар повышения квалификации по милеи-терапии в Отделении динамической психиатрии Новгородской областной психиатрической больницы. В этом же году вышла в свет на русском языке монография Г. Аммон «Психосоматическая медицина».

В 2001 г. в Университете Людвиг-Максимилиана в Мюнхене прошел 13-й конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Роль группы в норме и патологии», в котором участвовала большая делегация из России. В своих докладах российские участники смогли поделиться опытом работы, на стенде были представлены приветствия оренбургских пациентов отделения Динамической психиатрии (психотерапии), что произвело большое впечатление, в особенности на немецких коллег. На церемонии открытия конгресса М.М. Кабанову, которому в 2001 г. исполнилось 75 лет, была вручена золотая медаль Немецкой академии психоанализа за заслуги по интеграции психиатрии и психотерапии, активность в деле гуманизации психиатрии. Ему был посвящен 186/187 № «Динамической психиатрии». В вышедшем в России юбилейном сборнике по проблемам реабилитации, концепцию которой М.М. Кабанов разрабатывал и внедрял в медицину в течение всей своей жизни, были представлены работы немецких специалистов.

В 2002 г. в институте им. В.М. Бехтерева состоялась конференция «Современные проблемы психоневрологии», в которой участвовали I. Burbiel и M. Ammon. К этому времени М.М. Кабанова на посту директора сменил Н. Г. Незнанов, лично знакомый с немецкой школой динамической психиатрии, неоднократно участвовавший в конгрессах ВАДП.

В 2003 г. вышла в свет коллективная монография под редакцией М.М. Кабанова и Н.Г. Незнанова «Очерки динамической психиатрии» транскультуральное исследование», которая затем была переведена на английский язык. Книга включила в себя не только теоретические взгляды Г. Аммона и его сотрудников и последователей (с акцентом на гуманоструктуральную модель личности, положения о «социальной энергии», групповой динамике и др.), но и методические инструменты изучения личности (Я-структурный тест Аммона, ISTA), методы психотерапевтической и, по сути, реабилитационной работы

с пациентами в мюнхенской клинике Менгершвайге. В монографию вошли главы, содержащие результаты работ клиник института им. В.М. Бехтерева и других психиатрических учреждений России (Оренбург и Оренбургская область).

В 2005 г. директор НИПНИ им. В.М. Бехтерева проф. Н.Г. Незнанов был избран президентом ВАДП и остается на этом посту по сей день. В 2006 г. на торжественном заседании ученого совета института им. В.М. Бехтерева ведущие специалисты ВАДП М. Аммон и И. Бурбиль, успешно защитившие диссертации докторов психологических наук, были избраны почетными докторами с вручением памятной медали и облачением в мантию.

В 2007 г. и в 2014 г. в Санкт-Петербурге с большим успехом прошли очередные всемирные конгрессы ВАДП. Мы надеемся, что это плодотворное сотрудничество будет с успехом продолжено на благо психиатрической науки и пациентов.

Литература:

1. Аммон Г. *Динамическая психиатрия*. — СПб., 1995.
2. Бабин С.М., Сировская В.П., Пустотин Ю.Л. *Психотерапия и терапия средой в Оренбургской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия*. — 2001. — т. 11, № 4 — С. 55–59.
3. Бурбиль И. *Терапия и психологическая диагностика в клинике динамической психиатрии: Методическое пособие*. — Оренбург, 2003.
4. Кабанов М.М. *Реабилитация психически больных*. 2-е изд. — Л., 1985.
5. Кабанов М.М. *Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия*. — СПб., 1998.
6. *Клинические и организационные основы реабилитации психически больных*. / Под ред. М.М. Кабанова, К. Вайзе. — М.: Медицина, 1980.
7. *Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова*. — СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2003.
8. *Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: Пособие для психологов и врачей*. / Авт. сост.: Ю.Я. Тулицын, В.В. Бочаров, Т.В. Алхазова и др. — СПб., 1998.

РАЗВИТИЕ РЕЗИДЕНЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Гебель К.М., Лиманкин О.В.

*Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург*

Началом помощи душевнобольным в России было признание умалишенных в монастырях. Указами Петра I, а позже Петра III предписывалось содержать душевнобольных в специальных приютах (доллгаузах), а указом Екатерины II забота о психически больных была возложена на губернские Приказы общественного призрения (1775г.), которые стали открывать психиатрические отделения при больницах и строить дома для умалишенных, так называемые «желтые дома». В XVII веке в России для осуществления призрения, а затем и лечения психически больных людей начали специально создаваться психиатрические больницы [11], в том числе частные лечебницы для душевно больных. Первая частная лечебница Санкт-Петербурга была организована Ф.А. Штейном. К 1860 г. в России было только 5 частных психиатрических лечебниц, где содержались 132 пациента из 2347 душевно больных, находящихся в иных отечественных психиатрических лечебницах; в 1886 г. из 38 психиатрических больниц уже 13 были частными. Предпринимались первые попытки организации и лечения психически больных в собственных домах. Такие частные заведения были открыты в Москве врачом А. Загю, а в Санкт-Петербурге – врачом Слоницким-Михайловским. Частные

лечебницы пользовались единой с государственными и общественными учреждениями формами отчетности. К концу XVIII века частные лечебницы в России оказывали различные виды психиатрической помощи – стационарную, полустационарную, санаторную и патронажную. Сенатским Указом от 09.02.1867г. все капиталы Приказов общественного призрения были переданы земствам, заведения для душевнобольных перешли в распоряжение местных органов самоуправления. Эти реформы имели большое значение в развитии российской психиатрии. В этот период основными методами лечения стали рациональное питание, создание гуманных, приближенных к домашним условий содержания, производительных и творческий труд, удовлетворение духовных потребностей пациентов [8].

В начале XX века известный отечественный психиатр П.П. Кащенко [9] был одним из пионеров психосоциальной реорганизации системы психиатрической помощи, важным направлением которой было развитие различных ее амбулаторных форм, включая трудовую реабилитацию и проживание пациентов вне больничных стен под патронажем медицинских и социальных служб. В созданной и возглавляемой им Сиворицкой психиатрической больнице важнейшим элементом лечения была «индивидуализация больных», для каждого пациента создавалась соответствующая обстановка – не только внешняя, но и моральная, а на первый план выступало несечение индивидуальной свободы. Будучи видным земским психиатром, а позже первым руководителем советской психиатрии, П.П. Кащенко считал, что «некоторых больных бывает целесообразно отдавать в подходящие семьи под патронаж».

С конца 1950-х гг. в Европе и США происходила «смена парадигм» в сфере охраны психического здоровья, что повлекло за собой значительные перемены в подходах к обеспечению жильем и предоставлению обслуживания психически больным; значительно сократилось использование государственных психиатрических больниц и получило широкое распространение различных видов внебольничных служб, оказывающих помощь непосредственно по месту жительства в сообществах. Отмечалась острая потребность в постоянном жилье, трудоустройстве и социальной сети, связанной с поддержкой психически больных.

В процессе деинституционализации обнаружилось, что существует значительная группа больных, которые могут быть выписаны из психиатрических стационаров по своему психическому состоянию, но самостоятельно проживать в сообществе без соответствующей медицинской и социальной помощи из-за разной степени выраженности психического дефекта, утраты навыков самостоятельного проживания, социального функционирования и социальной связи не могут. В силу указанных причин многие из этих пациентов на многие годы оседали в психиатрических больницах, не нуждаясь при этом в стационарном лечении, поэтому актуальной задачей стало создание аккомодационных форм психиатрической

помощи – промежуточным между стационарным содержанием и самостоятельным проживанием в обществе [7].

С изменением подхода к психиатрическому обслуживанию появились новые формы предоставления жилья психически больным, целью которых было дать возможность им максимально интегрироваться в обществе, восстановить родственные, семейные и дружеские связи, необходимые для такой интеграции, обучиться навыкам самообслуживания.

Возникла концепция «резидентского континуума», охватывающая разнообразные модели, такие как «дом на четверти пути», «на полпути» и «на трех четвертях пути», «уход в фостерной (приемной)», «модели альтернативной помощи при кризисе», «фэрвезеровские дома», «квартиры программы», «дома с предоставлением питания», «дома с предоставлением медицинского обслуживания», «приюты для бездомных» [7].

Обоснованием создания «групповых домов», также как для организации других видов «жилья под защитой», являлось положение о том, что стрессовые факторы окружающей среды могут провоцировать рецидивы психического заболевания, в то время как поддерживающая структурированная среда, напротив, оказывает положительное влияние на его течение. Создавались различные модели общин для проживания психически больных на базе жилья под опекой, которые различались по характеру оказываемой помощи, по тяжести контингента больных и по организационной структуре. Так, создавались групповые дома с временным или относительно постоянным проживанием, дома «поддержки», когда жилищные службы предоставляли резидентам разные виды социальной помощи. Поддержка персонала при таком проживании помогала пациентам развивать социальные навыки и их поддерживать, а также контролировать симптомы болезни. Социальная поддержка, осуществляемая персоналом таких домов, могла быть представлена в следующем объеме: осуществление эмоциональной поддержки резидентов; поддержка социальной активности резидентов в доме проживания, помощь в уборке и ремонте, в соблюдении правил проживания; поддержка социальной активности за пределами дома; помощь в поддержании отношений с другими людьми; помощь при покупках, при записи к врачу, в приготовлении пищи, ведении здорового образа жизни, ведении личного хозяйства; помощь в поддержании убеждения в необходимости лечения; сопровождение при участии в деятельности за пределами дома [4].

Характерными чертами многих подобных программ были сегрегативность, наличие штата, укомплектованного профессионалами, а также конгрегативный характер, т.е. тенденция к сосредоточению, скоплению большого количества людей с психиатрической инвалидностью в рамках существующих структур. Конгрегативные структуры составляли менее четверти программ, но именно на их долю приходилось большинство пользователей из общего числа охваченных программами [5].

Из состава пациентов в системе «защищенного жилья» выделяет три категории пациентов: «старые» стационарные пациенты, которые длительное время находились в больнице до начала деинституализации; «новые» стационарные больные, которые длительное время находятся в больнице, и, несмотря на современные методы лечения, идеологию приоритетности амбулаторной помощи, не могут быть выписаны из-за выраженного психического дефекта, нарушений поведения и нетрудоспособности; пациенты, прибывающие из системы амбулаторной помощи, которые нуждаются в постоянной помощи и поддержке, недоступных во внебольничных условиях. Перевод пациентов из психиатрических стационаров в систему «защищенного жилья» является эффективным инструментом деинституализации.

О значительной роли в системе общественно ориентированной психиатрической помощи различных резиденциальных учреждений, дают данные о количестве мест в этих учреждениях в западноевропейских странах. В 2006 г. число мест в таких учреждениях в расчете на 100 тыс. населения составляло: в Австрии – 86,5, в Дании – 86,9, в Англии – 24,3, в Германии – 63,3, в Ирландии – 75,1, в Италии – 38,8, в Нидерландах – 51,3, в Испании – 10,6, в Швейцарии – 32,6. В Канаде потребность «жилья под защитой» определялась как 170 мест на 100 тыс. населения [1].

Анализ зарубежного опыта в создании систем «жилья под защитой» показал, что нет универсального подхода к этой проблеме. Различные формы организации связаны со спецификой контингента пациентов, степени вовлеченности профессионалов в процесс терапии и реабилитации, уровень развития и зрелости гражданского общества.

В России в 2011 г. [3] число лиц с психическими расстройствами, находящихся в учреждениях социального обеспечения (психоневрологических интернатах), составляло 85,5 на 100 тысяч населения. Такая обеспеченность местами в резиденциальных учреждениях социального профиля выше, чем во многих странах в Западной Европе. Однако резиденциальные учреждения в европейских странах отличаются значительным разнообразием форм, а их деятельность направлена в значительной степени не только на социальное обеспечение пациентов, но и на их возвращение в социальную среду и сохранение в ней.

Начиная с середины 1995-х гг. медицинская модель оказания психиатрической помощи в стране стала преобразовываться в биопсихосоциальную, что предполагает полипрофессиональное бригадное обслуживание с привлечением значительного числа психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. Однако до настоящего времени отмечается неразвитость системы резиденциальных учреждений, представленных в РФ, фактически, одной формой – психоневрологическими интернатами в системе социальной защиты населения. В системе психиатрической помощи регламентирована пока единственная форма «жилья под защитой» – общежитие для

психически больных, утративших социальные связи (соотв. Положение – в Приказе Минздрава России № 167 от 12.08.1994 [10]). В последние десятилетия развивается система «жилья с поддержкой», включающая различные медицинские подразделения социально-реабилитационного профиля. Сотрудниками НИИ Психиатрии МЗ РФ в 1998г. разработаны методические указания [2], в которых отражены основные характеристики деятельности таких структур. Были созданы «пилотные» реабилитационные проекты таких «общежитий» (как структурные подразделения психиатрических стационаров) в Санкт-Петербурге, Омске, Тамбове, Оренбурге [6]. Однако, несмотря на значительную неудовлетворенную потребность в подобных организационных структурах, до недавнего времени в России насчитывалось небольшое их число – всего 6 (340 мест). Недостаточное развитие аккомодационной сети таких учреждений объясняется как ограниченными возможностями региональных психиатрических служб, отсутствием осознания многими организаторами здравоохранения преимуществ учреждений такого типа, так и, в определенной степени, устаревшим положением о показаниях к направлению в эти отделения. Подобные организационные формы, несомненно, должны использоваться как «промежуточные», на пути к самостоятельному проживанию для значительно более широкого контингента пациентов.

Литература:

1. Гурович И.Я., Сторожак Я.А., Фурсов Б.Б. *Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия.* – 2012. – Т. 22, № 1. – С. 99–104.
2. Гурович И.Я. *Общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи: методические указания № 98/40 / сост.: И.Я. Гурович, Л.И. Сальникова, А.Е. Лифшиц.* – М., 1998. – 23 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. *Психиатрическая служба в России в 2006-2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития).* – М.: Медпрактика-М, 2012. – 302 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожак Я.А. *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии.* – М.: Медпрактика-М, 2007. – 492 с.
5. Карлинг П.Дж. *Возвращение в сообщество: Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью.* Пер. с англ. — Киев, 2001. — 442 с.
6. Лиманкин О.В., Лаптева К.М. *Опыт реорганизации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи // Социальная и клиническая психиатрия.* – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 99–104.
7. Лиманкин О.В. *Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи. Аналитический обзор.* – СПб.: Таро, 2015. – 228с.

8. Лиманкин О.В. *Санкт-Петербургская больница имени П.П. Кащенко. Страницы столетней истории.* – СПб, 2009. – 384 с.

9. Лиманкин О.В., Чудиновских А.Г. *Петр Петрович Кащенко. Жизнь и судьба.* – СПб.: Ковчег, 2009. – 216с.

10. *Приказ МЗ РФ № 167 от 12.08.1994 г.*

11. Шерешевский А.М., Щиголов И.И. *Частные психиатрические лечебницы России в XIX – начале XX столетия.* – СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995. – 79 с.

К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ И УСЛОВИЯХ ТРУДА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Глушкова А.В., Семенова Н.В.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Медсестринский персонал наиболее часто и заметно подвергается изменениям в ходе реформирования и совершенствования системы здравоохранения [13]. В результате реформирования, соотношение числа среднего медицинского персонала к числу врачей в нашей стране (2,15) значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира (в Канаде – 4,7; Норвегии – 4,4; Ирландии – 4,7; Дании – 5,6), что вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи [14]. Кадровый дисбаланс «врачи – сестринский персонал» сопровождается взаимосвязанными негативными тенденциями: увеличением во врачебной деятельности доли медицинских услуг, не требующих врачебной квалификации, а подлежащих осуществлению хорошо подготовленным сестринским персоналом и принижением роли сестринского персонала в лечебном процессе, функции которого сводятся к выполнению технической работы, часто не требующей профессиональной подготовки.

Последнему фактору способствует почти полное исчезновение категории младшего медицинского персонала, функции которого вынужден брать на себя сестринский персонал в ущерб своей профессиональной

деятельности [4]. Есть данные, что профессионализм медицинских сестер в определенной степени оказывает благоприятное влияние на качество жизни пациентов [6].

Следует отметить, что в европейских странах вся вневрачебная деятельность выполняется персоналом без медицинского образования, например, секретарями. Квалифицированный труд медицинского персонала высоко оплачивается, и медицинские учреждения не могут себе позволить тратить финансовые потоки на выполнение неквалифицированной работы квалифицированным персоналом, тем самым впуская в растрату деньги налогоплательщиков, которые весьма ревностно следят за тратой и распределением своих собственных налогов в своей стране, в отличие от развивающихся стран, где подобная информация либо недоступна подавляющему большинству населения, либо этому населению неинтересна.

Низкий уровень жизни, растущий разрыв в доходах богатых и бедных сопровождается все большими различиями в состоянии здоровья и качестве жизни, что приводит к оттоку специалистов из здравоохранения в другие сферы деятельности [12]. Так, согласно ряду данных [2] в структуре факторов, определяющих качество трудовой жизни старших медицинских сестер, наибольший удельный вес составили: уровень заработной платы (26,3%), психологический климат в коллективе (24,8%), территориальная близость к дому (27%). Стиль руководства считают основным фактором 6%, социальные гарантии – 2,1%, рациональное питание на рабочем месте – 2,6%, соблюдение режима работы – 4,6%, возможность сохранения здоровья – 0,5%, жилищные условия – 6,1% респондентов. При этом уровень оплаты труда является наиболее важным фактором эффективности труда в опросах респондентов. Более половины респондентов (52,2%) проводят на работе времени больше, чем положено по графику, в 45% случаев они не удовлетворены условиями питания, причем в 19,2% из-за неадекватного режима работы, а в 18,8% из-за материальных условий. Хорошую организацию питания на рабочем месте отметили лишь 53% опрошенных медицинских сестер.

Немаловажную роль в качестве трудовой жизни медицинских сестер играет законодательная база трудовой деятельности. В большинстве развитых стран служба сестринской помощи имеет соответствующую структуру и свое четкое место в иерархии системы здравоохранения, начиная с правительственного уровня. В России сестринский персонал является, в основном, механическим исполнителем распоряжений врача без собственной независимой системы прав, обязанностей и ответственности [4].

Установлено [7], что риск развития нарушений здоровья медицинских работников зависит от класса условий труда. Специальностями высокого риска по развитию профессиональных заболеваний является медицинский персонал сестринского звена психиатрических стационаров. Важную роль в качестве жизни медицинских работников играет состояние здоровья. При изучении структуры заболеваний сестринского персонала с временной утратой

трудоспособности [8] было установлено, что на первом месте находятся заболевания верхних дыхательных путей – 25%, на втором – заболевания костно-мышечной системы – 23%, далее заболевания сердечно-сосудистой системы – 13% и по 12% – патология желудочно-кишечного тракта и гинекологические заболевания.

Очень важно повысить значимость специалистов сестринского дела в оказании медицинской и профилактической помощи, предоставив сестринским службам определенную самостоятельность и закрепив за средним персоналом функции по оказанию медицинских услуг, не требующих компетенции врача [7]. Возможность карьерного роста является важным показателем качества трудовой жизни медицинских сестер [5], что особенно актуально стало с появлением высшего образования для средних медицинских работников [4]. На качество трудовой жизни медицинских сестер оказывают благоприятное влияние компетентность руководителя, благоприятный микросоциальный климат на работе, а негативное – уровень оплаты труда и низкий уровень социальных гарантий [4]. В то же время, немаловажным фактором, вызывающим дискомфорт в качестве трудовой жизни, исходящим от руководителя лечебного учреждения или от руководителя подразделения, является авторитарный стиль руководства, присущий почти 40% руководителей. Исследование удовлетворения от работы медицинских сестер показали, что наличие профессиональных достижений и продвижение по карьерной лестнице в целом формируют положительное восприятие ими качества жизни [16].

Согласно данным Е.В. Петровой с соавт. (2011), из общего количества опрошенных ими медицинских сестер психиатрических больниц (ПБ) и психоневрологических диспансеров (ПНД) 47,5% отметили, что не испытывали разочарование в настоящей работе, 37,2% – сомневались в ответе на этот вопрос, 13,7% испытывали разочарование до известной степени, и только 1,6% были очень разочарованы в своей настоящей работе [9].

При решении проблем и трудностей на работе, 2,7% респондентов обычно подавляют свои чувства и пытаются переключиться на другие дела, 6,6% сразу показывают свои чувства и затем переключаются на другие дела, 69,4% стараются сдерживать чувства и решить проблему, 20,2% демонстрируют переживания и стараются решить проблему.

Среди медицинских сестер психиатрических больниц «до известной степени разочарование в настоящей работе» испытывали 15,8%, «очень сильное разочарование в настоящей работе» – 0%. В группе медицинских сестер ПНД лишь 4,8% и 3,2% согласились с указанными утверждениями. Таким образом, медсестры психиатрических больниц были достоверно чаще разочарованы работой по сравнению с медсестрами ПНД ($p=0,03$, критерий Манна-Уитни).

В ходе исследования установлено, что медицинские сестры ПБ в среднем имеют больший стаж работы, чем медицинские сестры ПНД. Этим, возможно, объяс-

няются различия по параметру «скука» и «системный индекс синдрома перегорания» в вышеуказанных группах: медицинский персонал стационара более подвержен формированию синдрома эмоционального выгорания, чем медицинский персонал ПНД.

В результате проведенного исследования установлено, что медицинские работники психиатрических учреждений в большинстве случаев субъективно не ощущают разочарования в выбранной профессии, несмотря на то, что в общении с пациентами у них выражены такие проявления деперсонализации как безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей, снижение способности к эмпатии. Однако в исследовании установлено, что медицинские сестры и врачи ПБ достоверно чаще разочаровывались в своей работе, чем медицинские работники ПНД. Самый высокий уровень деперсонализации выявлен в группе медицинского персонала ПБ, а самый низкий – в группе врачей ПБ, что объясняется необходимостью медицинских сестер больше времени проводить в непосредственном общении с психически больными [9, 11].

Получению удовлетворения от выполненной работы, несмотря на усталость и перегрузки, медицинским сестрам способствует увлеченность работой, сознание полезности своего труда, а также благоприятный психологический климат в коллективе [10]. Кроме того, было выявлено [3], что для медицинской сестры, занимающейся физической культурой с высокой интенсивностью и некурящей, усредненная оценка качества жизни составит 3,81 балла (по пятибалльной шкале). В случае отсутствия или малой интенсивности физической культуры и выкуривания более пачки сигарет в день усредненная оценка качества жизни составит 2,98 балла – почти на 1 балл меньше. Особое значение для качества жизни и состояния здоровья медицинских работников играют условия труда. Установлено, что по мере увеличения стажа у медсестер психиатрической клиники обнаруживается уменьшение стремления к сотрудничеству, сохранения самообладания, а также снижается способность придавать смысл возникающим фрустрирующим ситуациям – другими словами снижается адаптивный копинг-ресурс, что указывает на формирование эмоционального выгорания и подтверждает вредные условия труда [1]. Исследования, проведенные в Университете клинической психиатрии (Франция) показали, что на качество жизни и работы медицинских сестер психиатрических клиник влияет транзактная память – способность группы или команды кодировать и совместно извлекать знания, касающиеся модели поведения и внутригруппового взаимодействия в том или ином клиническом случае [15].

Что касается подходов к повышению субъективной оценки качества жизни, то предлагается [15] создание «кружков качества» на рабочем месте, что в значительной степени улучшает оценку мотивационных факторов, общий балл удовлетворенности работой, а также некоторых качеств трудовой жизни, включая использование и развитие мощностей, общее пространство жизни. Кроме

того, проведение тренинга психологической вовлеченности для врачей первичного медицинского звена выявило регрессию в динамике показателей профессионального выгорания, значительное снижение симптоматики депрессии, тревоги и стресса [15].

Таким образом, литературные данные свидетельствуют, что качество жизни и распространенность синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников в Российской Федерации изучено явно недостаточно. Имеющиеся данные свидетельствуют о низком уровне качества жизни медицинских работников, имеющейся неудовлетворенностью заработной платой и высоком уровне стресса на рабочем месте. Требуется комплексные социологические, клинические и санитарно-гигиенические исследования качества жизни врачей различных специальностей, медицинских сестер и младшего медицинского персонала с выяснением роли в его формировании стиля жизни, индивидуально-личностных, социально-средовых, производственных и экономических факторов, а также причин и условий развития синдрома эмоционального выгорания. Это позволит разработать комплексную программу повышения качества жизни и профилактики синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

Литература:

1. Антохин Е.Ю. Особенности жизненного стиля и мотивы труда медицинских сестер психиатрической клиники / Е.Ю. Антохин, Л.А. Антохина, О.С. Юматова // Психическое здоровье. – 2012. – № 1. – С. 59-69
2. Володин, А.В. Качество трудовой жизни руководителей сестринских служб учреждений здравоохранения / А.В. Володин // Медицинский альманах. – 2011. – № 6. – С. 38-42
3. Гурьянов М.С. Образ и условия жизни медицинских работников / М.С. Гурьянов // Вестник РУДН. Сер. Медицина. – 2009. – № 4. – С. 507-510.
4. Деятельность среднего медицинского персонала в Российской Федерации [Электронный ресурс] / С.И. Шляфер, Н.Н. Камынина, А.В. Гажева и др. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13, № 1. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/i70/30/lang,ru/>.
5. Егорышева И.В. Факторы, формирующие неудовлетворенность трудом у медицинских сестер по данным социологических исследований / И.В. Егорышева // Социология в медицине: теорет. и науч.-практ. аспекты : тез. докл. на междунар. науч. конф., Кобулету, 20-24 апр. 1990 г. / Под ред. А.А. Киселева. – Москва, 1990. – С. 34-39.
6. Морозов В.В. Качество жизни больных хирургического стационара в ранний послеоперационный период и учебной подготовки медицинских сестер [Электронный ресурс] / В.В. Морозов // Фундаментальные исследования. – 2006. – № 1. – Режим доступа: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=1639.
7. Новиков О.М. Уровень качества жизни медицинских работников сестринского звена и установление причинно-следственных связей факторов риска хронических заболеваний / О.М. Новиков, В.Г. Хороших // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2010. – № 2. – С. 145-150
8. Охрана здоровья медицинских работников в условиях модернизации здравоохранения / Т.А. Аверьянова, Е.Л. Потеряева, Н.Л. Труфанова и др. // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – Т. 74, № 2. – С. 79-83
9. Петрова Е.В. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений / Е.В. Петрова, Н.В. Семенова, А.Н. Алехин // Вестник Томского гос. пед. ун-та. – 2011. – № 12 (114). – С. 194-199.
10. Свидовый В. И. Гигиена и охрана труда медицинских работников / В. И. Свидовый, Е. Е. Палишкина. – Санкт-Петербург: АБЕВЕГА: СПбГМА, 2006. – 298 с.
11. Семенова Н.В. Результаты социологического опроса врачей-психиатров и руководителей медицинских учреждений психиатрического профиля / Н.В. Семенова // Сборник статей научно-практической конференции, посвященной 50-летию юбилею Санкт-Петербургской 5-ой городской психиатрической больницы – ГПНДС-7, г. Санкт-Петербург, 18-19 ноября 2010 г. / Под ред. С.В. Литвинцева, А.И. Колчева. – СПб., 2010. – С. 33-37.
12. Солохина Л.В. Уровень и качество жизни медицинских работников негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» на Дальневосточной железной дороге / Л.В. Солохина, К.Р. Аветян, В.М. Салатник // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 102-104
13. Цешковский М.С. Специальность «Сестринское дело» в программах Всемирной Организации Здравоохранения [Электронный ресурс] / М.С. Цешковский, Е.В. Кирсанова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13, № 1. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/169/30/lang,ru/>
14. Экономика труда: учебник для вузов по спец. «Экономика труда» / Т.П. Варна, Ю.П. Кокин, В.М. Маслова [и др.]; под ред. П.Э. Шлендера, Ю.П. Кокина. – Москва : Юристъ, 2002. – 588 с.
15. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study / L. Fortney, C. Luchterhand, L. Zakletskaia et al. // Ann. Fam. Med. – Vol. 11, 5. – P. 412-420.
16. Ryan, D.D. Physician job satisfaction across six major specialties / D.D. Ryan, V.R. George // J. Vocat. Behav. – 2006. – Vol. 68, № 3. – P. 548-559.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И АБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Гречаный С.В.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
Санкт-Петербург*

Актуальность исследования связана с высокой обращаемостью родителей детей раннего возраста с жалобами на нарушения развития и симптомы психических расстройств. В связи с возрастными особенностями пациентов, важной практической задачей является реабилитационная работа, направленная на формирование психики детей с пораженной в ходе заболевания функционально-органической основой. Процесс включает развитие речевых, моторных, познавательных и др. способности, навыков самообслуживания, общения, адаптации к социуму [2, 3].

Целью исследования было выявление особенностей и нозологической структуры психических расстройств раннего возраста для разработки адекватных подходов к их реабилитации. Задачи исследования включили: выявление структуры психических расстройств в раннем детстве; разработку основных принципов клинико-психопатологической диагностики в раннем детстве; разработку дифференциально-диагностических критериев отдельных форм расстройств; формулировку принципов реабилитации исходя из нозологической струк-

туры расстройств и их возрастной динамики – раннего медико-педагогического вмешательства; превенцию психологического кризиса семьи в связи с «открытием» аномальности ребенка.

Материал исследования составили результаты практической работы на базе ЦВЛ «Детская психиатрия» организационно-методического отделения с консультативным приемом в период 2001-2013 гг. (кабинет раннего детского возраста). Осмотрено 1309 детей в возрасте от 8 мес. до 4 лет 9 мес. (средний возраст $3,26 \pm 0,109$ лет) со следующими диагнозами: смешанные специфические расстройства развития (845 чел., 54,5%); специфические расстройства экспрессивной речи (131 чел., 10,0%); легкая и умеренная умственная отсталость (291 чел., 22,2%); детский аутизм (83 чел., 6,3%, средний возраст – $3,63 \pm 0,103$ лет); другие (90 чел., 6,8%) – в т. ч. расстройство активности и внимания (24 чел., 1,8%), тревожное расстройство (11 чел., 0,84%). Использовался клинико-психопатологический метод.

Результаты исследования показали, что неконтактность (929 чел., 70,0%), отсутствие речи (1201 чел., 91,7%) и двигательная расторможенность (919 чел., 70,2%) были ведущими жалобами при нозологически различных расстройствах.

Первые проявления недоразвития общения были отмечены уже на 1-м году жизни, однако у большей части пациентов они описывались после 1,5 лет. Психопатологические проявления синдрома недоразвития общения включали, прежде всего, апрозексию. Она проявлялась игнорированием обращений, просьб, отсутствием интереса к находящемуся рядом взрослому, отсутствием самостоятельных игр («автономное» поведение). Настойчивая попытка заинтересовать пациента приводила к двигательной расторможенности. Речь взрослого в условиях ее непонимания играла роль избыточного сенсорного стимула, на который ребенок также реагировал возбуждением. Родителями это субъективно воспринималось как избегание общения и непереносимость «эмоционального прессинга». Этот же симптом часто трактовался как избирательность общения, если речь шла о «расстройствах аутистического спектра».

В плане дифференциальной диагностики недоразвития общения аутистического и неаутистического происхождения, следует обратить внимание на отсутствие в последнем случае характерной ритуальности, фиксированных страхов, территориального уединения, аномальной реакции на мать, симптома «тождества» и протодиакриза. Следует указать на весьма относительную диагностическую ценность таких симптомов, как неophobia и стереотипии. Страх новой обстановки (в данном случае, медицинского кабинета и врача) довольно часто присутствует у отстающих в интеллектуальном развитии пациентов в связи с непониманием цели общения с врачом, предъявляемых требований, привычным ожиданием запретов и наказаний в связи с деструктивным и аутоагрессивным поведением. Разновидность страха новой обстановки (боязнь незнакомого человека) наблюдается

также у пациентов с моторной алалией как психологически понятная реакция на назойливые попытки взрослых заговорить с детьми, имеющими объективные трудности с «произносимой» речью. Что касается стереотипий (вращение вокруг себя, «странные» движения пальцами рук и др.), то данный феномен довольно часто сопровождает типичные случаи умственной отсталости в условиях несовременно развитой общей и тонкой моторики.

Причины гипердиагностики аутистических расстройств объясняются тем обстоятельством, что диагноз «аутизм» более желателен для родителей по сравнению с диагнозом «общее психическое недоразвитие». «Аутизм» – благовидный предлог объяснить отсутствие динамики в развитии, педагогической неуспешности ребенка в случае объективных интеллектуальных трудностей, лежащих в основе необщительности. В обыденном понимании, «аутист» – это человек, ушедший в себя по причине того, что его не поняли, не признали («вещь в себе»). При этом вектор вины чаще направлен на окружающих («не нашли подход к ребенку»). Объяснения специалистов часто бесперспективны, они игнорируются, отрицаются, вытесняются, также как и попытка убедить родственников в объективном характере трудностей общения у маленького пациента: не «вещь в себе», а «вещь сама по себе» (симптом «автономного» поведения). С момента столкновения с трудностями в общении и обучении у ребенка и признания его медицинского характера у родителей вырабатывается сложная система жестко фиксированных психологических защит, связанных с ощущением собственной вины, переживанием личной ответственности и не умением провести смысловую границу между собой и больным ребенком. Переживание аномальности ребенка длительно остается родительской «незаживающей раной», не поддается критике и рациональной оценке.

В ходе исследования описаны значимые нарушения речевого развития, необходимые для их клинической интерпретации в практической работе:

1. Недифференцированные вербальные вокализации. Недифференцированный крик-плач характеризуется отсутствием интонационной выразительности и специфического сигнального значения, генерализованным характером голосовой реакции, отсутствием пауз и модуляционных включений. Характерна интонационная индифферентность, часто воспринимаемая как «общее раздражение» или недовольство. Недифференцированный крик-плач является преобладающей формой предречевой (довербальной) активности младенцев первых месяцев жизни, воспитывающихся в условиях полной материнской депривации (дома ребенка). Он наряду с ретардантными формами модулированных вокализаций (гуканье, гуление, лепет, двуслоговый лепет, псевдослова) и снижением (отсутствием) звуко- и слогаимитации (гипоэхолалия, анэхолалия, гипоаутоэхолалия, анаутоэхолалия) составляет синдром депривационной предречевой ретардации. Невербальные вокализации в структуре общего психического недоразвития часто квалифицируются, как «визг», очень интенсивный «нечеловеческий»

крик, «вой» и др. Они рассматриваются как проявления аффективного недоразвития, отсутствие зачатков высших эмоций.

2. Словесный лепет. Характеризуется использованием псевдослов, часто с весьма точным произношением, внешне напоминающим настоящую речь. Звукопроизношение может приближаться к речевому окружению с присущими ему языковыми особенностями. Однако, данную речевую (дословесную) форму нельзя относить к речевым высказываниям, поскольку в ее основе лежит имитационный (эхолалический или аутоэхолалический) механизм.

3. Неразборчивое интонационное «бормотание» (детский «жаргон»). Данное явление как ретардированный, так и регрессивный феномен можно наблюдать при различных психических расстройствах раннего возраста, таких как темповая задержка психического развития, общее психическое развитие, детский аутизм и др. Формальное сходство с интонационным рисунком взрослой речи часто приводит к переоценке «бормотания», которое рассматривается родителями как значительное достижение в речевом развитии и соотносится с оптимистичным прогнозом для последующего речевого развития («ребенок вот-вот заговорит»). Длительное присутствие интонационного «бормотания» в структуре речевого поведения ребенка в течение первых нескольких лет жизни свидетельствует скорее о неблагоприятном прогнозе, может быть проявлением общего психического недоразвития или аутистического расстройства разного генеза.

4. Первые слова (однословные предложения). Клиническая оценка и диагностическая значимость первых детских высказываний может быть затруднена в связи с грамматико-фонематическим несовершенством произносимых слов, их редуцированностью, присутствием облегченного произношения (слоги вместо слов, замещение труднопроизносимых звуков «легкими» и др.). В сопоставлении с предшествующими стадиями (лепет), когда звукопроизношение может достичь известного совершенства, форма проявления первых детских слов может ошибочно восприниматься как регресс речи.

Таким образом, формальная констатация отсутствия у ребенка осознанных словесных высказываний недостаточна как для клинической характеристики речевого развития, так и для оценки выраженности психической ретардации. Необходимо дать детальное описание ретардированных и регрессивных форм предречевого и речевого развития, которые могут быть оценены либо как незавершенные этапы онтогенеза речи, либо как облегченные формы голосовой активности и/или коммуникации в случае прогрессивного заболевания разной нозологии.

Принципы клинико-психопатологической диагностики в раннем возрасте. Основные подходы к выявлению психических расстройств в раннем возрасте во многом соответствуют классическим представлениям академической и клинической психиатрии. Однако в раннем возрасте имеются объективные трудности диагностики

психических расстройств. В частности, малоинформативным оказывается основной метод психопатологической диагностики – клиническая беседа. В этих условиях основным методом обследования следует считать контекстуальный анализ поведения ребенка (разновидность наблюдения, дополненного обсуждением с родителями увиденного) и клиничко-анамнестический метод. Большое значение уделяется возрастной оценке ведущего типа психического реагирования по В.В. Ковалеву [1].

Принимая во внимание специфику раннего возраста, были сформулированы некоторые диагностические принципы обследования детей. Учитывая, что расспрос родителей часто не дает объективной информации об уровне развития пациента и его интеллектуальных достижениях, большое значение уделяется тщательному наблюдению в рамках врачебного приема за игровой деятельностью, эмоциональными реакциями, общением, пониманием речи, вербальной активностью и др. Важным методическим принципом является обсуждение с родителями поведения ребенка (Что и для чего он делает? Какие знания и желания стоят за тем или иным поступком? Какие существуют эффективные способы воздействия на ребенка? и др.). Большое значение уделяется типу детско-материнской привязанности, роли и месту ребенка в семье, предшествующему опыту воспитания, наличию возможных пограничных психических расстройств у родителей.

Оценивая игру, большое значение уделяется наличию интереса к игрушкам: берет в руки, изучает («у меня такой не было»), пытается произвести игровые манипуляции, обращается или нет за помощью к маме. Отмечается наличие сюжетно-ролевой или «манипулятивной» игры. Фиксируется, как ребенок относится к простым заданиям «на сообразительность» (пирамидка, пазлы и др.). Выясняется, может ли ребенок подражать игровым действиям.

При оценке общения учитывается, протягивает ли ребенок руку, смотрит ли в глаза, реагирует ли на улыбку, подходит ли вместе с врачом к игрушкам, берет ли протянутый предмет, отзывается ли на имя. Указанные особенности следует обсудить с мамой с мамой: делал ли он такое раньше, в чем особенности поведения и общения ребенка.

Оценивая пассивную речь, определяют, знает ли ребенок части тела, название знакомых предметов, игрушек, простые классы предметов. Как он реагирует на разную речевую интонацию? В последнем случае можно сделать также вывод и об эмоциональном развитии. При анализе активной речи, выясняют, произносит ли ребенок слоги, отдельные слова, простые предложения.

Основным принципом реабилитации следует считать использование адекватной, соответствующей реальному уровню интеллектуального развития ребенка, коррекционно-педагогической и логопедической помощи. Большой проблемой является убедить родителей пройти медико-педагогическую комиссию и направить ребенка в специализированное дошкольное образовательное учреждение.

Важным принципом является превенция психологического кризиса семьи в связи с постановкой психиатрического диагноза в раннем возрасте. Родители априори

ждут от врача негативной оценки их самих и детей, поэтому с самого начала готовы защищаться, нападать, дискутировать, судиться и т. д. Работа клинициста должна быть направлена на коррекцию родительского чувства вины. Определяющей позицией должна быть следующая: «Состояние ребенка – результат объективных причин, в том числе перинатальных вредностей...». В качестве подтверждения своих слов можно сослаться на данные инструментальных исследований. Конструктивная позиция родителей, связанная с реалистическим отношением к болезни ребенка, связана с признанием «аномальности» ребенка. Следует использовать формулировку «особенности поведения», внушение родителям оптимизма в связи с все более терпеливым отношением общества к таким детям.

В ходе работы принимались во внимания этические-деонтологические принципы клиничко-диагностической, лечебной и реабилитационной работы в раннем возрасте. Врач, курирующий больного с тяжелым психиатрическим диагнозом, всегда находится в сложной этической-деонтологической ситуации. Взаимоотношение врача с родственниками больного может складываться по 3 основным путям: 1) избегающая позиция врача. Характерно желание уйти от ответственности и как компенсация – категоричность советов («не будете соблюдать – пеняйте на себя»), предоставление «запутанных», противоречивых советов, уклонение от ответа на конкретные вопросы. Обычно это связано с растерянностью врача в связи с сомнительностью случая, неполным пониманием этиологии заболевания и ее исхода, боязнью четко сформулировать прогноз, неполным пониманием своей роли в терапевтическом процессе и плохим осознанием границ личной ответственности; 2) «псевдонаучная» позиция врача. Отмечается подчеркнутая уверенность в собственной позиции при общении с пациентом, стремление «все объяснить», монокаузализм в объяснении причин болезни ребенка, укор в адрес коллег, обвинение их в непрофессионализме, «черно-белая» логика в оценке ситуации вокруг ребенка; 3) субмиссивная позиция врача. При этом врач во всем соглашается с пациентом и его родственникам, становится предметом манипуляции, инструментом коррекции семейных отношений и т. д. Акцент во врачебной деятельности делается на выполнении услуг пациентов в ущерб профессиональному долгу.

Литература:

1. Ковалев В.В. *Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп.* – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
2. Кожевникова Е.В., Мухамедрахимов Р.Ж., Чистович Л.А. *Санкт-Петербургская программа «Абилитация младенцев» – первая в России программа раннего вмешательства // Педиатрия.* – 1998. – № 1. – С. 88-89.
3. Лазарев М.Л. *Система медицинского, психологического и педагогического сопровождения развития ребенка до и после рождения // Вопросы современной педиатрии.* – 2011. – № 2. – С. 120-124.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ С УСТАНОВКАМИ ПАЦИЕНТОК НА МАТЕРИНСТВО И БРАК

Гречаный С.В., Кожадей Е.В.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
Санкт-Петербург*

Актуальность изучения факторов, предрасполагающих к послеродовой материнской депрессии, определяется большой распространенностью этого расстройства. По данным различных исследований послеродовая (постпартальная) депрессия в первые месяцы после родов встречается у 10-20% женщин [3, 5, 9, 10].

Среди факторов, предрасполагающих к возникновению аффективных послеродовых расстройств, традиционно описывались тревожные и депрессивные состояния в дородовом периоде, депрессивные эпизоды в анамнезе, психотравмы в период беременности, заболевания новорожденных и неблагоприятные семейные взаимоотношения, приводящие к отсутствию поддержки женщины со стороны мужа [7, 8]. Однако большинство из указанных факторов в полной мере не объясняют механизмы возникновения послеродовых депрессивных состояний. Очевидно, что как особенности реакции женщины на психотравмирующие события беременности, родов и послеродового периода, включая семейные конфликты и заболевания новорожденного, так и психологическая адаптация к статусу матери во-многом зависит от личностной predisпозиции.

Вопрос о том, когда женщина психологически становится матерью, не имеет однозначного ответа. В литературе большое значение уделяется феномену «переходного материнства», заключающегося в обретении женщиной нового психосоциального статуса, накладывающего отпечаток на образ жизни и ценностные приоритеты [4]. Адаптация женщины к статусу матери укладывается в представление об адаптационной реакции, наблюдающейся в первые 10-14 дней после родов, клиническим выражением которой является т.н. синдром грусти рожениц («блюз» синдром). При неблагоприятно протекающей адаптации депрессивная симптоматика может иметь затяжной характер (от нескольких месяцев до года) и трансформироваться в постпартальную депрессию. В этом случае к личностно-предиспозиционным факторам присоединяется психотравма, связанная с фактом осознания болезни новорожденного.

Материнство представляет собой целостную систему межличностных отношений, включающая в себя отношение к браку и родительству в целом, принятие материнской роли, самоотношение к себе как к матери, принятие ребенка [4]. Считается, что формирование представления о себе как о женщине-матери (материнская идентичность), закладывает задолго до рождения ребенка (т.н. «внутренний образ матери»). Недостаточное формирование психологической готовности к материнству лежит в основе явления, получившего название «девиантное материнство». Этим термином объединяется широкий спектр аномальных отношений к ребенку от девиаций детско-материнской привязанности, неправильных типов воспитания до открытого пренебрежения ребенком, отказа от него, физического насилия, инфантицида (явного – умертвление ребенка, скрытого – провокация несчастных случаев).

Девиантное материнство реализуется посредством личностно-предиспозиционных факторов. Показано, что женщины, склонные к девиантному материнству, отличаются инфантильностью, низкой степенью эмоционально-волевой зрелости, что определяет нарушение формирования полноценных представлений о семье, механизмов ее интеграции, обуславливают низкий уровень психологической готовности к материнству. Беременность в этих условиях рассматривается как кризисное состояние [1], сопровождающееся внутриличностным конфликтом, противоречивыми требованиями к окружающим, ощущением зависимости и беспомощности от них. Рождение ребенка воспринимается драматически, переживается как преграда карьере, свободной жизни. Показано, что большинство проявлений девиантного материнства опосредуются механизмами послеродовых аффективных расстройств разной тяжести и продолжительности [1, 4]. Изначально негативное отношение к материнству и браку лежит в основе психотравмы, приводящей к послеродовой депрессии [3].

Целью исследования было изучение взаимосвязи клинических проявлений послеродовой депрессии с установками пациенток на материнство и брак. В задачи ис-

следование вошло исследование клинической структуры послеродовой депрессии и выявление взаимосвязи симптомов депрессии с различными сторонами установок женщины на материнство и брак.

Методы исследования. Для изучения клинических проявлений послеродовой депрессии использовалась «Эдинбургская шкала послеродовой депрессии» [6]. Методика создана на базе шкал самооценки депрессии. Из них отбирались пункты, достоверно характеризующие эмоциональное состояние молодых матерей как депрессивное. Шкала состоит из 10 пунктов, каждый из которых оценивается в 4-хбальной шкале в зависимости от степени тяжести. В рамках опросника не оцениваются соматические симптомы, поскольку последние могут быть как проявлением депрессии, так и отражать закономерное для послеродового периода физиологическое состояние. Шкала содержит утверждения, выявляющие следующие психопатологические симптомы: чувство вины, тревогу и беспокойство, панику, трудности засыпания, грусть, плаксивость и мысли о самоповреждении и др.

Для изучения установок на материнство и брак использовалась «Методика изучения родительских установок (parental attitude research instrument)» (Е.С. Шефер – Р.К. Белл, в адаптации Т.В. Архиреевой). Методика предназначена для изучения отношения к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Изучается 23 аспекта-признака, касающихся разных сторон отношения родителей к ребенку и жизни в семье. Из них 8 признаков описывают отношение к семейной роли, причем в основном негативные ее свойства. Изучаются такие характеристики, как «зависимость от семьи», «ощущение самопожертвования в роли матери», «безучастность мужа», «несамостоятельность матери» и др. 15 аспектов-признаков касаются родительско-детских отношений. Они делятся на 3 группы: оптимальный эмоциональный контакт, излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, излишняя концентрация на ребенке.

Материал включил 29 матерей в возрасте 22-39 лет (средний возраст матерей, медиана – 27,5 лет), чьи дети находились в отделении патологии новорожденных и детей грудного возраста перинатального центра СПб ГПМУ.

Результаты исследования. Клиническая беседа показала низкую степень заинтересованности женщин в обсуждении своего психического состояния и переживаний, что соответствует имеющимся литературным описаниям о психологической «закрытости» женщины в постнатальном периоде и трудностях работы с ней [2]. Это отразилось, в частности, в том, из 29 пациенток респондерами оказались только 15. Остальные по разным причинам отказались отвечать на вопросы анкет или предоставили неполную информацию.

Среднее значение суммарного балла, по Эдинбургской шкале, составило $10,53 \pm 1,527$, что соответствует пограничным цифрам, т. е. состоянию риска развития аффективного расстройства. Только 5 пациенток не имели проявлений послеродовой депрессии (суммарный балл

меньше 8). 6 пациенток имели риск развития постпартальной депрессии (суммарный балл 8-13), а у 4 пациенток (суммарный балл выше 13) значение суммарного балла свидетельствовало об абсолютной вероятности депрессивного синдрома.

Взаимосвязь клинических симптомов послеродовой депрессии с клинико-анамнестическими данными изучалась на основе кластерного анализа корреляций Пирсона. В результате, было выделено 4 основных кластера. В рамках 1-го из них тревожный аффект был связан с плаксивостью и зависел от возраста женщины. Идеи самообвинения оказались тесно связаны с нарушением сна и переживанием беспомощности (2 кластер). Аффект грусти был сопряжен с мыслями о самоповреждении, ажитацией и общей суммой баллов по Эдинбургской шкале (3 кластер). Оптимистичность оценки будущего оказалась тесно связана с гестационным возрастом ребенка и весом ребенка при рождении (4 кластер).

Таким образом, структура послеродовых аффективных расстройств у обследованных пациенток соответствовала представлению об основных компонентах депрессивного синдрома, а степень их выраженности была связана с такими характеристиками новорожденных детей (доношенность, антропометрические данные), которые составляли содержательную сторону эмоциональных переживаний женщины в период после родов.

Результаты использования «Методики изучения родительских установок» показали, что при общем высоком балле по шкале «Негативное отношение к семейной роли» ($39,92 \pm 2,636$) наиболее высокие значения стенов (выше 5) отмечаются по пунктам, характеризующим тягостность роли жены и матери («зависимость от семьи», «ощущение самопожертвования в роли матери», «сверхавторитет родителя» и «доминирование матери»). Шкалы «Оптимальный эмоциональный контакт» (суммарный балл – $14,67 \pm 1,361$) и «Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком» (суммарный балл – $14,33 \pm 1,025$) характеризовались невысокими средними значениями стенов (2-4). По шкале «Излишняя концентрация на ребенке» при высоком суммарном балле ($38,58 \pm 2,854$) наиболее высокие значения стенов (выше 5) отмечались по пунктам, характеризующим гиперпротективную воспитательную установку («чрезмерная забота», «подавление воли ребенка», «опасение обидеть», «подавление агрессивности» и «чрезмерное вмешательство в мир ребенка»). Таким образом, профиль характеристик родительских установок матерей с послеродовой депрессией включает в себя сочетание ощущения тягостности роли жены и матери с гиперпротективной установкой на воспитание ребенка.

Численные значения результатов Эдинбургской шкалы и «Методики изучения родительских установок» (шкалы «отношение к семейной роли», «оптимальный эмоциональный контакт», «эмоциональная дистанцированность от ребенка» и «излишняя концентрация на ребенке») были подвергнуты парному корреляционному анализу. Выявлено, что суммарный балл Эдинбургской шкалы прямо умеренно коррелировал с численными зна-

чениями шкал «Негативное отношение к семейной роли» ($r=0,437$, $p<0,05$) и «Эмоциональное дистанцирование от ребенка» ($r=0,602$, $p<0,01$). Между значениями шкал «Негативное отношение к семейной роли» и «Эмоциональное дистанцирование от ребенка» также отмечена прямая умеренная корреляция ($r=0,631$, $p<0,01$).

Таким образом, в ходе исследования показана специфика установок женщин с послеродовой депрессией на материнство и брак. Выявлено, что тяжесть симптомов послеродовой депрессии связана с такими дезадаптивными родительскими установками, как негативное отношение к семейной роли и эмоциональная дистанцированность от ребенка. Отмеченные особенности должны использоваться в содержательной части психотерапии послеродовой депрессии, при организации поддерживающей помощи (методы социальной поддержки) и профилактической работе послеродовых аффективных расстройств.

Литература:

1. Брутман В.И., Панкратова М.Г., Ениколопов С.Н. Некоторые результаты обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей // *Вопросы психологии*. – 1994. – № 5. – С. 31–37.
2. Добряков И.В. *Перинатальная психология*. – СПб: Питер, 2015. – 352 с.
3. Прибытков А.А. Психогенные послеродовые депрессии непсихотического уровня (клиническая картина и опыт терапии) // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2011. – Т. 21, № 1. – С. 9-13.
4. Филиппова Г.Г. *Психология материнства. Текст: Учебное пособие*. – М.: Изд. Института Психотерапии, 2002. – С. 13–17.
5. Филоненко А. В. *Терапия послеродовой депрессии и грудное вскармливание новорожденного (обзор литературы)* // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2012. – № 2. – С. 46-49.
6. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale* // *Br. J. Psychiatry*. – 1987. – Vol. 150. – P. 782-786.
7. Marcus S.M. *Depression during pregnancy: rates, risks and consequences – Motherisk Update 2008* // *Can. J. Clin. Pharmacol.* – 2009. – Vol. 16(1). P. 15-22.
8. Milgrom J., Gemmill A.M., Bilszta J.L. et al. *Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study* // *J. Affect. Disord.* – 2008. – Vol. (1-2). – P. 147-157.
9. Robertson E., Grace S., Wallington T., Stewart D.E. *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature* // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 26(4). – P. 289-295.
10. Yonkers K.A., Vigod S., Ross L. E. *Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women* // *Obstet. Gynecol.* – 2011. – Vol. 117(4). – P. 961–977.

ТРЕНИНГ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Гусева О.В.², Коцюбинский А.П.¹

¹Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева

²Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

Общепринятого определения понятия социальной компетентности на данный момент не существует, хотя большинством авторов социальная компетентность (СК) личности понимается как сложное структурное образование, интегративная характеристика, приобретаемая в процессе социализации и подверженная в процессе жизни развитию и изменению. СК включает когнитивные способности, межличностные коммуникативные навыки, мотивационные особенности, определенные личностные, эмоционально-волевые и морально-нравственные качества [4].

В психиатрии под социальной компетенцией понимается имеющаяся у индивидуума потенциальная способность к эффективному взаимодействию с социальной средой [10], способность и готовность, на основании совокупности знаний, умений и способов деятельности, к разрешению теоретических и практических задач, реализации личностью жизненных планов, соотносимых с потребностями общества. Иными словами, социальная компетентность – это способ эффективного взаимодействия индивида с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. В качестве главных состав-

ляющих социальной компетентности выделяют: социальный интеллект, социальные навыки и типичный паттерн поведения в ситуациях фрустрации [4, 5]. В рамках современной биопсихосоциальной концепции шизофрении обоснована задача повышения социальной компетентности как фактора устойчивости социальной адаптации.

С целью улучшения СК у больных шизофренией были разработаны многочисленные программы тренинга когнитивных и социальных навыков (ТСКН) [6, 3], а позднее, в рамках модели психосоциальной реабилитации – комплексные междисциплинарные программы и мероприятия, проводимые на различных уровнях (пациент – семья – врачебное сообщество, общество в целом, государство). В зарубежной практике подобный комплексный подход разрабатывается в рамках программы Recovery («восстановление»), ориентированной на достижение больным с психическими расстройствами цели быть активным участником жизни общества, снижения стигматизации, восстановления прав личности в целом.

В комплексной терапии больных шизофренического спектра, как правило, используются так называемые компенсаторные реабилитационные программы, где когнитивное функционирование улучшается вторично [1], за счет коррекции других функций важнейших коммуникативных структур. Такой подход реализован, на наш взгляд, в тренинге социальной компетенции Hinsch R., Pfingsten U. [7]. Авторами предложено понимание социальной компетентности как способности осуществлять свои личные потребности и реализовывать личные цели во взаимодействии с окружающими, одновременно сохраняя с ними хорошие устойчивые отношения. С точки зрения Hinsch R., Pfingsten U. [7], наиболее важными являются следующие коммуникативные способности: 1. умение отстаивать свои права; 2. умение выражать чувства и желания; 3. умение устанавливать и развивать контакты. Недостаточная социальная компетентность в каждой из основных областей («права», «чувства», «контакты») может быть обусловлена различными факторами: эмоциональными, когнитивными, поведенческими или их сочетанием. В некоторых социальных ситуациях негативное влияние на поведение оказывают тревога и страх; длительное преобладание этих чувств, аффектов приводит к формированию ограничительных или избегающих поведенческих стратегий. В других социальных ситуациях поведение избегания связано с отсутствием необходимых социальных навыков, что особенно характерно для больных эндогенными психозами, часто не имеющих самых необходимых навыков взаимодействия в группе и в целом – социуме. В третьем случае некомпетентное социальное поведение является результатом нарушения когнитивных процессов: проявлением нейрокогнитивного дефицита или когнитивных искажений (изъяны восприятия и интерпретации социальных ситуаций).

Цель и задачи. Адаптация группового тренинга социальной компетентности [7] для больных с заболеваниями шизофренического спектра; исследование эффективности.

Методы и характеристика выборки. В исследование включено 123 человека с заболеваниями шизофренического спектра (ШС), из них основная группа – 80 человек и сравнительная группа – 43 человека. По возрасту, полу, образованию, по клинической типологии и длительности заболеваний ШС значимых различий между сопоставляемыми группами не было. Методы исследования: клиничко-психопатологический, клиничко-психологический, статистический.

Методы объективизации результатов: тест SVF, отражающий ведущие стратегии совладающего поведения (W. Janke, G. Erdmann и W. Kallus, 1985), тест IIP-D, отражающий ведущие коммуникативные стили в interpersonalном взаимодействии (Horowitz L.M., Strauss B., Kordy H., 1994), Гиссенский личностный тест в варианте «он, она» (Beckmann D., Braehler E., Richter E., 1983) в адаптации (Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и др., 1993), отражающий способность воспринимать и оценивать поведение и качества других.

Результаты. Используя теоретические представления U. Pflingsten [8] и практические разработки R. Hinsch, U. Pflingsten [7] и B. Schmitz-Niehues, Y. Erim [9], мы модифицировали предложенный авторами вариант тренинга социальной компетенции для больных с эндогенными психическими расстройствами, отобрав только те упражнения, которые отвечают требованиям работы с данной нозологической категорией пациентов и расширив его, введя полуструктурированное интервью и специально разработанную нами карту участника тренинга, с фиксацией ведущих типов нарушений социальной компетентности в формализованном виде. Карта участника представляет собой полуструктурированное интервью, включающее 13 вопросов, позволяет идентифицировать самые тревожные, напрягающие темы и ситуации в жизни пациента и в процессе группового тренинга. В разработанной карте фиксируется ежедневная работа пациента в данной программе и обратная связь от ведущего в виде оценки успешности/неуспешности выполнения групповых заданий в процессе тренинга в группе, а также индивидуальных заданий – в условиях внегруппового времени. Данная карта сопровождает участника группы на протяжении всего тренинга, и повторно заполняется в конце каждой недели.

Диагностика ведущих нарушений в области функционирования коммуникативных структур ориентирована на выявление доминирующего из девяти параметров, представленного в формализованном виде в карте участника в виде сочетания ведущего типа/ и ведущего компонента: аффективного, когнитивного, либо компонента социальных навыков.

Таким образом, диагностируются:

- нарушение отстаивания прав – вследствие преимущественного нарушения социальных навыков [П/СН], либо вследствие тревоги, ролевой неуверенности [П/АК], либо вследствие когнитивных искажений [П/КК];
- нарушения в выражении чувств – вследствие преимущественного нарушения социальных навыков [Ч/

СН], либо вследствие тревоги, ролевой неуверенности [Ч/АК], либо вследствие когнитивных искажений [Ч/КК];

- нарушения в области установления контактов – вследствие преимущественного нарушения социальных навыков [К/СН], либо вследствие тревоги, ролевой неуверенности [К/АК], либо вследствие когнитивных искажений [К/КК].

Алгоритм проведения тренинга.

1. Диагностика (выявление трудных социальных ситуаций, поведение в таких ситуациях, тенденции избегания, последующие проблемы).

2. Определение ведущего типа нарушения социальной компетенции:

а) нарушения использования и проведения в жизнь собственных прав и обоснованных интересов, неумение предъявлять окружающим обоснованные требования, а также неадекватное отклонение необоснованных требований, предъявляемых больному со стороны окружающих;

б) нарушения в области выражения чувств, потребностей и желаний, трудности в отношении к критике, трудности в поисках компромисса;

в) нарушения в области установления и развития контактов (способность привлекать к себе, заинтересовывать незнакомых людей, становиться центром внимания и позволять себе ошибки, желание вызвать симпатию).

3. Выявление ведущих причин нарушения того или иного типа социальной компетенции:

а) аффективные расстройства;

б) дефицит необходимых социальных навыков;

в) нарушения когнитивных процессов или содержания жизненных представлений.

4. Создание объяснительной концепции для конкретного пациента.

5. Проведение терапевтических вмешательств в процессе группового тренинга.

6. Фиксация формализованных данных в специально разработанной карте.

7. Самостоятельная работа пациента согласно домашним заданиям, фиксированным в карте.

8. Обсуждение результатов в процессе группового тренинга, сопоставление личных оценок каждого участника и динамики тестовых показателей.

Модифицированный нами тренинг социальной компетентности включает 20 ежедневных занятий длительностью 30-45 минут, проводится в группе больных с эндогенными психическими заболеваниями, на этапе стабилизации ремиссии, численностью 7-8 человек. Частота занятий в неделю может видоизменяться, от ежедневных занятий до 2-х или 3-х раз в неделю, в зависимости от состава участников, их ресурсных возможностей, а также этапа лечения (стационарный или амбулаторный). Программа может проводиться как самостоятельный тренинг, но также может являться составной частью интегративной модели психотерапии [2].

Мы включили новый обязательный элемент тренинга на начальном этапе – обучение каждого участника

«алгоритму успешной коммуникации» (визуальный контакт с собеседником, правило говорить только о своих чувствах и ожиданиях – «что не устраивает, не соответствует ожиданиям, почему от этого плохо»; воздерживаться от обвинений в адрес другого лица; говорить о своих чувствах только в связи с данной конкретной ситуацией).

На следующем этапе тренинга социальной компетенции с каждым пациентом прорабатываются его затруднения с использованием трех групп стандартных упражнений [7], содержание которых группируется вокруг следующих трех аспектов: «навыки отстаивания своих прав, уверенного поведения»; «умение выражать чувства, поддерживать отношения»; «установление контактов, завоевывание симпатии». На каждую тему предложено 14-16 стандартных описаний коротких ситуаций взаимодействия, которые заставляют испытать определенные затруднения, дискомфорт [7] (перевод и адаптация текста осуществлены психологом К.Л. Скачковой; Марбахтальклиника, Германия). Участнику группы предлагается проиграть наиболее проблемную для него ситуацию из трех обозначенных выше тем, в групповой ситуации, с последующим обсуждением, высказыванием критических замечаний, анализом самого участника по поводу испытываемых затруднений. Визави в игровой ситуации может быть другой участник группы либо ведущий.

Примеры на тему «отстаивание своих прав»:

1. «Вы получаете новый паспорт. Чиновник вам сообщил, что Вы для этого должны сделать. Вы его не поняли и просите объяснить помедленнее.

Не пускайтесь в длинные извинения и попросите – вежливо, но уверенно – объяснить еще раз. Повторите вкратце его слова, чтобы убедиться, что на сей раз Вы все правильно поняли.

2. «Позовите официанта в ресторане. Расспросите его о незнакомом заграничном блюде (как переводится название, какое на вкус, из каких продуктов готовится). После его объяснения кратко поблагодарите за информацию, и закажите другое блюдо.

С интересом выслушайте объяснение официанта. Когда будете заказывать другое блюдо, смотрите официанту в глаза».

Примеры на тему «умение выражать чувства»:

1. «Вы просите Вашего партнера всегда сразу убирать свои вещи, а не оставлять их разбросанными по всей квартире.

Вместо обвинений объясните, какие разные чувства у Вас вызывают порядок и беспорядок.

Ваши представления о порядке не лучше и не правильнее, чем таковые Вашего партнера – они просто другие».

2. «Вы говорите партнеру, что сегодня вечером очень устали и у Вас плохое настроение, в связи с чем, Вам не хочется разговаривать. Просите его понять Вас.

Опишите и объясните Ваше состояние и попросите понять Вас».

Примеры на тему «устанавливать контакты, завоевывать симпатию»:

1. «У Вашего сына новая учительница. Вы назначаете с ней встречу, чтобы с ней познакомиться. У Вас нет никакого конкретного дела, просто Вы хотите поговорить, чтобы составить себе о ней впечатление.

Попробуйте «разговорить» учительницу. Если разговор «не идет», Вы всегда можете расспросить ее о своем сыне, рассказать о своих впечатлениях».

2. «Вы хотите получить информацию об определенной местности («где здесь можно снять жилье», «где лучше пообедать»). Вы покупаете газету и пытаетесь «разговорить» продавца».

Прежде чем переходить к делу, установите контакт. Постарайтесь поддерживать собеседника фразами типа «мм», «действительно», «да, это интересно» и задавайте дальнейшие вопросы.

Следующий этап тренинга включает проработку ситуаций, непосредственно связанных с актуальными отношениями в жизни каждого участника (в семье, с друзьями, сослуживцами, в групповой ситуации, в отделении стационара и т.д.), а также самостоятельно предъявленных и описанных им в карте участника из прошлого опыта.

Каждому участнику дается «домашнее задание», в котором должны быть реализованы специфические для него, затруднительные ситуации взаимодействия. Например, это может быть тренировка высказывания просьбы, адресованной кому-либо из медицинского персонала; прогулка с девушкой, завоевание ее внимания и интереса; отклонение неадекватных требований соседа по палате, выражение своих чувств симпатии и поддержки кому-либо из пациентов и т.д. Участники тренинга в групповой ситуации обсуждают результаты по каждому «домашнему заданию». Высказывания участников в виде критических замечаний и пожеланий, комментариев и оценки ведущего, сочетаются с анализом самого участника по поводу испытываемых затруднений, собственной оценки успешности выполнения задания. Ведущий обращает особое внимание на уровень навыков социальной перцепции, развитие эмпатийного потенциала и мотивации к процессу общения, общую активность пациента в процессе тренинга, используя методы поддержки, поощрения.

После завершения работы группы все участники заполняют раздел карты, в котором предоставляется возможность в свободной форме дать суммарную оценку опыта, знаний и навыков, полученных в период работы в группе. На последних, итоговых занятиях каждый участник дает субъективный отчет о динамике в проблемных зонах, получая обратную связь от ведущего и членов группы. Содержательный анализ этого материала позволяет получить представление о субъективной оценке и субъективной стороне переживания опыта, полученного в процессе работы. Кроме того, это предполагает формулирование каждым участником итогового заключения по

поводу наиболее важного опыта, полученного в процессе тренинга.

Объективизация полученных результатов проводилась с помощью тестов SVF (стратегии совладающего поведения), ПР-D (ведущие коммуникативные стили в интерперсональном взаимодействии), ГТ в варианте «он, она» (способность воспринимать и оценивать других), в виде замеров «до» и «после», в основной и сравнительной группах. Оценивались такие параметры, как умение ориентироваться в социальных ситуациях, правильно оценивать личностные особенности и эмоциональные состояния других людей, выбирать адекватные способы поведения при контакте с ними. Отмечены статистически достоверные ($p < 0,05$) положительные изменения в основной группе (80 человек), по сравнению с результатами в группе сравнения (43 человека).

Тренинг рекомендуется для больных с заболеваниями шизофренического спектра: с коммуникативными нарушениями и проявлениями негативной симптоматики, в целях предотвращения дальнейшего углубления течения заболевания, улучшения адаптации и повышения качества жизни. Разработанный тренинг можно рекомендовать к применению в стационарных и амбулаторных условиях, так как он может быть гибко трансформирован с учетом условий проведения и преобладающего состава больных в группе.

Литература:

1. Гурович И. Я., Семенова Н. Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофреники: современные тенденции // Соц. и клин. психиатрия. — 2007. — Т. 17, вып. 4. — С. 78—85.
2. Гусева О.В., Коцюбинский А.П. Интегративная модель психотерапии при эндогенных психических расстройствах. — СПб.: СпецЛит, 2013. — 187 с.
3. Исаева Е.Р., Лебедева Г. Г. Современные подходы и методы коррекции нарушений когнитивного и социального функционирования больных шизофренией // Обозр. психиатр.и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. — 2008. — № 1. — С. 4—8.
4. Левикова Е.В. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией :дис. ... канд. психол. наук — М., 2011. — 223 с.
5. Медведев С.Э., Коцюбинский А.П. Реабилитация и восстановление в отечественной психиатрии // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина — СПб: Таро, 2013. — С. 9-13.
6. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г, Долныкова А.А. и др. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Соц. и клин. психиатрия. — 2007. — Т. 17, вып. 4. — С. 67—78.
7. Hinsch R., Pfungsten U. Gruppentraining Sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele // Materialien für die Klinische Praxis Praxis-material. — 5 auflage-XII. — Weinheim : Psychologie Verlag Union, 2007. — 352 S.

8. Pfingsten U. *Training Sozialer Kompetenz // Lehrbuch der Verhaltenstherapie.* — Berlin ; Heidelberg ; New York : Springer Verlag, 2003. — Bd. 1. — P. 474—483.

9. Schmitz-Niehues B., Erim Y. *Problemlosetraining für Schizophrene Patienten. Ein bewältigungsorientiertes // Therapie Manual zur Rezidivprophylaxe. Heft 48.* —Tübingen :DGVT-Verlag, 2000. — 72 S.

10.10 Schryder H., Vorweg M. *Soziale KompetenzalsZielgrüsse für Persönlichkeitstruktur und Verhaltensmodifikation // Probleme der Persönlichkeitsforschung / M. Vorweg (Hrsg).* — Leipzig, 1978. — S. 56—63.

ДЕЗАДАПТАЦИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ТУЛГУ)

Ефимова Е.В.

*Тульский государственный университет
Тула*

Решение вопросов поддержания и сохранения психического здоровья невозможно без чёткого определения его критериев. Ю.А. Александровский, П.Б. Ганнушкин, А.Е. Личко рассматривали психическое здоровье как отсутствие болезненных проявлений. А. Маслоу, Э. Фром, В. Франкл считали, что здоровой может быть только зрелая личность, активно развивающаяся, у которой не заблокирована потребность в самоактуализации. В современной отечественной науке к базовым характеристикам психического здоровья относят самосознание. Такую идею можно встретить в трудах А.М. Прихожан, Л.С. Славина, Якобсона и других. Ведущую роль интеллекта в его становлении и сохранении здоровья отмечали В.М. Алексеев, Ж. Пиаже, Р. Стенберг, В. Штерн [1].

Исследования, посвященные изучению компонентов психического здоровья, играют ключевую роль в области психогигиены, психопрофилактики и реабилитации. В настоящее время обучение на младших курсах учреждений высшего профессионального образования РФ характеризуют как «здоровье затратное». Данная проблема опосредует необходимость разработки здоровьесберегающих медико-психологических технологий в образовательной среде. Высоким интенсивным

воздействиям на психическое здоровье подвержены студенты медицинских ВУЗов; в процессе адаптации к образовательному процессу в зоне высокого риска развития психосоциальной дезадаптации, как одного из факторов формирования психических расстройств, оказываются студенты-первокурсники [2]. В проведенных ранее исследованиях был выявлен высокий уровень распространенности астенических и депрессивных состояний, что является неблагоприятным прогностическим признаком в развитии психических и соматических заболеваний [3]. В работах, посвященных изучению формирования аддиктивного поведения в студенческой среде, проявления психосоциальной дезадаптации были отнесены к факторам развития различных видов девиантного поведения [4, 5].

Гипотеза исследования: дезадаптация у студентов-первокурсников медицинских ВУЗов развивается вследствие фрустрации, непринятия себя, ведомости, высокой агрессивности и неэффективных личностных ориентаций.

Цель исследования: выявление факторов и признаков психосоциальной дезадаптации студентов-первокурсников медицинского института. Задачи исследования: выявление признаков психосоциальной дезадаптации в студенческой среде, оценка распространенности психосоциальной дезадаптации среди студентов ТулГУ, выделение психологических факторов, повышающих или понижающих уровень адаптивности молодых людей.

Материалы и методы. Методом направленного отбора сформирована основная группа из 83 студентов-первокурсников медицинского института ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет». В исследовании приняли участие 27 юношей (32,5%) и 56 девушек (67,5%) в возрасте от 17 до 23 лет. Критерии исключения: из исследования исключались студенты с острыми и хроническими соматическими заболеваниями и отказавшиеся от участия в исследовании.

Для оценки наличия риска психосоциальной дезадаптации была использована методика определения нервно-психической устойчивости, риска, дезадаптации в стрессе «Прогноз»; для выявления признаков дезадаптации и её выраженности – опросник социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда; для оценки проявлений и последствий дезадаптации – диагностика депрессии по Бернсу, измерение степени выраженности астенического состояния (Л.Д. Малкова и Т.Г. Чертова), методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН) и методика диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку); для оценки влияния на уровень дезадаптации и её проявления различных факторов – методика диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере О.Ф. Потемкиной, методика диагностики степени удовлетворенности основных потребностей. Математико-статистический анализ полученных данных был произведен с помощью программного обеспечения SPSS Statistics 17.0. Для оп-

ределения корреляционной связи измеряемых признаков использовался односторонний коэффициент Спирмена, взаимосвязь признавалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Высокий риск развития психосоциальной дезадаптации был выявлен у 53,3% студентов. Высокую адаптивную способность показали 28% первокурсников, состояние дезадаптации было диагностировано у 13,7%. Депрессивное состояние выявлено у 8,5%, в том числе умеренная депрессия – 6,8%, серьезная депрессия – 1,7%. На грани клинической депрессии находятся 8,2% студентов. Наличие астении было выявлено у 89,0% респондентов, в том числе слабая астения – 31,3%, умеренная – 11%, выраженная – 46,7%.

Низкий уровень самочувствия был диагностирован у 22,8% первокурсников, активности – 21,2%, настроения – 16,9%. При диагностике самооценки психических состояний высокий уровень тревожности обнаружен у 35,7%, фрустрации – 1%, агрессивности – 4,3%.

Уровень риска, дезадаптации в стрессе имеет прямую слабую корреляционную связь с уровнем тревожности ($r=0,264$, $p < 0,01$), выраженностью эмоционального дискомфорта ($r=0,195$, $p < 0,05$), средней силы – с фрустрацией ($r=0,37$, $p < 0,01$) и агрессивностью ($r=0,338$, $p < 0,01$), внешним контролем ($r=0,318$, $p < 0,01$). Обратная слабая корреляция обнаружена с уровнем удовлетворения потребности в безопасности ($r=-0,201$, $p < 0,05$), признании ($r=-0,293$, $p < 0,01$) и социальной потребности ($r=-0,238$, $p < 0,05$), направленностью личности на эгоизм ($r=-0,222$, $p < 0,05$); средней силы – с удовлетворенностью потребности в самовыражении ($r=-0,396$, $p < 0,01$), уровнем активности ($r=-0,311$, $p < 0,01$).

Социально-психологическая дезадаптивность имеет прямую слабую корреляционную связь с уровнем удовлетворения материальных потребностей ($r=0,204$, $p < 0,05$) и потребностью в безопасности ($r=0,243$, $p < 0,05$), средней силы с уровнем выраженности экстерналистского локуса контроля ($r=0,373$, $p < 0,05$) и внутреннего контроля ($r=0,492$, $p < 0,01$). Отрицательная корреляционная взаимосвязь обнаружена с самочувствием ($r=-0,242$, $p < 0,05$), средней силы – с ориентацией личности на процесс ($r=-0,311$, $p < 0,01$), эгоизм ($r=-0,27$, $p < 0,01$), деньги ($r=-0,401$, $p < 0,01$) и власть ($r=0,36$, $p < 0,01$).

Адаптивность имеет слабую прямую корреляцию с удовлетворенностью материальных потребностей ($r=0,259$, $p < 0,01$), средней силы с уровнем удовлетворения потребности в безопасности ($r=0,321$, $p < 0,01$), принятием себя ($r=0,551$, $p < 0,01$), принятием других ($r=0,378$, $p < 0,01$), эмоциональным комфортом ($r=0,412$, $p < 0,01$), внутренним контролем ($r=0,505$, $p < 0,01$). Отрицательная слабая корреляция выявлена с самочувствием ($r=-0,237$, $p < 0,05$), тревожностью ($r=-0,297$, $p < 0,01$), неприятием других ($r=-0,183$, $p < 0,01$), эмоциональным дискомфортом ($r=-0,261$, $p < 0,01$), альтруизмом ($r=0,212$, $p < 0,05$), средней силы с астенией ($r=-0,434$, $p < 0,01$), ригидностью ($r=-0,396$, $p < 0,01$), неприятием себя ($r=-0,341$, $p < 0,01$), ориентацией личности на деньги ($r=-0,401$, $p < 0,01$) и на власть ($r=-0,36$, $p < 0,01$).

Выявлена прямая корреляционная связь депрессии с фрустрацией ($r=0,266$, $p<0,01$), ригидностью ($r=0,288$, $p<0,01$), эмоциональным дискомфортом ($r=0,298$, $p<0,01$), ведомостью ($r=0,191$, $p<0,05$), ориентацией личности на получение власти ($r=0,223$, $p<0,05$). Прямая корреляционная связь средней силы была обнаружена с астенией ($r=0,519$, $p<0,01$) и тревожностью ($r=0,301$, $p<0,01$). Обратная слабая взаимосвязь депрессии наблюдается с уровнем настроения ($r=-0,275$, $p<0,01$), удовлетворённостью материальных потребностей ($r=-0,189$, $p<0,05$) и потребностью в безопасности ($r=-0,246$, $p<0,01$) и признании ($r=0,250$, $p<0,05$), ориентацией личности на результат ($r=-0,201$, $p<0,05$), средней силы с уровнем удовлетворения социальных потребностей ($r=-0,31$, $p<0,01$).

Астения имеет слабую корреляцию с фрустрацией ($r=0,269$, $p<0,01$), неприятием себя ($r=0,196$, $p<0,01$), личностной ориентацией на процесс ($r=0,23$, $p<0,01$), альтруизм ($r=0,192$, $p<0,01$) и труд ($r=0,221$, $p<0,01$), средней силы с тревожностью ($r=0,498$, $p<0,01$), ригидностью ($r=0,403$, $p<0,01$), эмоциональным дискомфортом ($r=0,402$, $p<0,01$), ориентацией личности на деньги ($r=0,345$, $p<0,01$) и на власть ($r=0,376$, $p<0,01$). Обратная слабая корреляционная связь обнаружена с настроением ($r=-0,258$, $p<0,05$), принятием себя ($r=-0,183$, $p<0,01$), эмоциональным комфортом ($r=-0,24$, $p<0,05$), внутренним контролем ($r=-0,276$, $p<0,01$) и ориентацией личности на результат ($r=-0,186$, $p<0,05$), средней силы удовлетворённость материальных ($r=-0,317$, $p<0,01$) и социальных ($r=-0,488$, $p<0,01$) потребностей, потребности в безопасности ($r=-0,443$, $p<0,01$), признании ($r=-0,389$, $p<0,01$) и самовыражении ($r=-0,371$, $p<0,01$), адаптивностью ($r=-0,434$, $p<0,01$).

Самочувствие имеет прямую корреляционную связь средней силы с активностью ($r=0,585$, $p<0,01$), слабую обратную – с принятием себя ($r=-0,27$, $p<0,01$), внешним ($r=-0,267$, $p<0,01$) и внутренним ($r=-0,217$, $p<0,01$) контролем. Обратная слабая корреляция наблюдается между активностью и тревожностью ($r=0,258$, $p<0,05$), неприятием себя ($r=0,194$, $p<0,01$) и неприятием других ($r=0,193$, $p<0,01$), средней силы – фрустрацией ($r=-0,41$, $p<0,01$). Выявлена слабая прямая корреляционная связь между настроением и ориентацией личности на результат ($r=0,214$, $p<0,05$), слабая обратная – тревожностью ($r=-0,297$, $p<0,01$), ригидностью ($r=-0,263$, $p<0,01$), ведомостью ($r=-0,235$, $p<0,01$) и личностной ориентацией на деньги ($r=-0,212$, $p<0,01$).

Слабая прямая корреляция обнаружена между тревожностью и агрессивностью ($r=0,272$, $p<0,01$), внешним контролем ($r=0,186$, $p<0,05$), ведомостью ($r=0,261$, $p<0,01$), личной ориентацией на альтруизм ($r=0,23$, $p<0,01$) и деньги ($r=0,277$, $p<0,01$), средней силы – фрустрацией ($r=0,574$, $p<0,01$), ригидностью ($r=0,31$, $p<0,01$), эмоциональным дискомфортом ($r=0,421$, $p<0,01$) и ориентацией личности на процесс ($r=0,4$, $p<0,01$). Обратная слабая корреляционная связь выявлена между тревожностью и внутренним контролем ($r=-0,217$, $p<0,01$), средней силы – уровнем удовлетворения материальных ($r=-0,358$, $p<0,01$) и социальных ($r=-0,457$, $p<0,01$) потребностей, потребнос-

ти в безопасности ($r=-0,392$, $p<0,01$), признании ($r=-0,479$, $p<0,01$) и самовыражении ($r=-0,377$, $p<0,01$).

Уровень агрессивности коррелирует с уровнем фрустрации ($r=0,186$, $p<0,05$), ригидности ($r=0,267$, $p<0,01$), ориентации личности на процесс ($r=0,214$, $p<0,01$) – слабая прямая корреляция, и с удовлетворённостью потребности в безопасности ($r=-0,253$, $p<0,05$) – слабая обратная корреляция, с удовлетворённостью социальных потребностей ($r=-0,368$, $p<0,01$), потребностей в признании ($r=-0,393$, $p<0,01$) и самовыражении ($r=-0,404$, $p<0,01$).

Таким образом, можно сказать, что психосоциальная дезадаптация распространена среди студентов медицинского института на начальных этапах образования. Депрессивные и астенические состояния, требующие медицинского вмешательства, наблюдаются практически, у каждого десятого студента. Высокий риск развития подобных состояний в перспективе выявлен у каждого второго студента. Высокий уровень риска развития психосоциальной дезадаптации наблюдается у студентов-первокурсников, которые имеют высокую тревожность, агрессивность, выраженный эмоциональный дискомфорт и уровень фрустрации. Экстернальный локус контроля повышает возможность нарушения адаптации при стрессовых ситуациях. К защитным факторам можно отнести личностную направленность индивида на удовлетворение эгоистических потребностей. Было обнаружено, что студенты с высоким уровнем активности, у которых удовлетворены потребности в безопасности и признании, а также социальные потребности, не находятся в зоне риска.

Для дезадаптированных студентов характерен низкий уровень самочувствия, личностной ориентации на процесс, эгоизм, деньги и власть. Интересными представляются данные о том, что высокие показатели как внешнего, так и внутреннего контроля приводят к нарушению адаптации. Можно сделать вывод, что наиболее гармоничным является сбалансированность локусов контроля. При дезадаптации наблюдается неудовлетворённость материальных потребностей и потребности в безопасности. В свою очередь, получены сведения о том, что адаптивность выше у тех студентов, у которых социальная потребность и потребность в безопасности удовлетворены. Для них характерны способность к принятию себя и других, эмоциональный комфорт, интернальный локус контроля. Адаптационные возможности снижены при высокой тревожности, астении и низком уровне самочувствия (в данном случае можно предположить о взаимообуславливании), неприятии других и себя, ригидностью, личностной ориентацией на деньги или власть.

Депрессивные состояния тесным образом связаны с астенией, тревожностью, фрустрацией, ригидностью, снижением настроения, неудовлетворённостью материальных и социальных потребностей и потребности в безопасности и признании. Хотелось бы подчеркнуть, что личности, ориентированные на результат, в меньшей степени подвержены развитию депрессивных состояний.

Астенические состояния наблюдаются у тревожных, ригидных студентов, которые не проявляют способность к принятию других, ориентированы на процесс, альтруизм, труд и деньги, испытывают фрустрацию и эмоциональный дискомфорт. Чем выше адаптивность, тем ниже уровень астении и наоборот. При отсутствии астении у студентов улучшается настроение, они испытывают эмоциональный комфорт. Для них характерны принятие себя, интернальный локус контроля, личностная ориентация на результат. При удовлетворении материальных и социальных потребностей, потребностей в безопасности, признании и самовыражении – вероятность развития астенических состояний снижается. Активность студентов-первокурсников выше при хорошем самочувствии. Уровень самочувствия снижается при полярности локуса контроля и низкой способности к принятию себя. Наименее активны студенты с выраженной тревожностью, ригидные, ведомые и ориентированные на деньги.

В наибольшей степени тревожны агрессивные, ведомые или ригидные респонденты. Тревожность повышается при экстернальном локусе контроля, фрустрации, эмоциональном дискомфорте, а также личностной ориентации на альтруизм, деньги или процесс. Тревожность снижается при внутреннем локусе контроля, удовлетворении материальных и социальных потребностей, потребности в безопасности, признании и самовыражении.

Отмечается повышение агрессии при фрустрации, ригидности, ориентации личности на процесс. Снижение уровня агрессии можно достичь при повышении социальных потребностей, потребностей в признании и самовыражении. Более высокие уровни агрессивности были отмечены у студентов, потребность в безопасности которых удовлетворена.

Выводы. Признаками психосоциальной дезадаптации в студенческой среде являются низкий уровень самочувствия, эмоциональный дискомфорт, высокие уровни тревожности и астении. Тревожные и астенические состояния, в свою очередь, коморбидны с депрессивными. Психосоциальная дезадаптация среди студентов ТулГУ и её проявления широко распространены. Факторами развития дезадаптации и её компонентов являются: фрустрация, неудовлетворённость материальных потребностей, потребности в безопасности, полярность локуса контроля, личностная ориентация на альтруизм и труд, неприятие себя, ведомость, высокая агрессивность. Защитными факторами являются: ориентация на эгоизм, результат, удовлетворение материальных и социальных потребностей, потребности в безопасности, самовыражении и признании, принятие себя и других, внутренний локус контроля, выделение психологических факторов, повышающих или понижающих уровень адаптивности молодых людей, определение групп риска по развитию дезадаптации.

Литература:

1. Василенко А.О. Психологические условия поддержки психического здоровья старшеклассника в образовательном процессе лица: дисс. ... к. пс. н. – Ставрополь, 2007. – 195 с.
2. Сыркин Л.Д. Медико-психологическое обоснование методов оценки и восстановления личностного адаптационного потенциала в системе охраны психического здоровья студентов: дисс. ... д. пс. н. – М., 2012. – 289 с.
3. Ефимова Е.В., Ивашиненко Д.М. Депрессивно-астенические состояния у студентов 1 курса Медицинского института Психические и наркологические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход? // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Тула, 2015. – С. 63-64
4. Мельник Л.В., Култыгина С.В., Ивашиненко Д.М. Исследование факторов риска аддиктивного поведения в студенческой среде // Академический журнал Западной Сибири. – Тюмень: М-центр, 2011. – С. 28.
5. Ивашиненко Л.В., Ефимова Е.В., Ивашиненко Д.М. Специфика проявления агрессивных тенденций в студенческой среде ТулГУ // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – №5. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-2/7-2.pdf>, дата: 27.04.2016

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Зайцев В.В.¹, Балкарей М.Б., Дутов В.Б.²

¹Северо-Западный ГМУ им И.И. Мечникова,

²Психоневрологический диспансер №1
Санкт-Петербург

Современный подход к реабилитации пациентов с психическими расстройствами предполагает базовой организационной единицей отделения реабилитации полипрофессиональную бригаду специалистов, которая состоит из профессионалов, участвующих в планировании и осуществлении реабилитационного проекта конкретного пациента. Как правило, в составе бригады работают врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, социальный работник, медицинские сестры и другие специалисты, привлекающиеся в связи с конкретными проблемами пациента [2, 9, 18]. Каждый член бригады имеет свою зону ответственности и свои задачи в актуальном процессе реабилитации.

Специфика работы полипрофессиональной бригады состоит в том, что ситуация конкретного пациента является поводом формирования совершенно уникального реабилитационного проекта [8, 14, 18]. Успешность его реализации зависит от того, насколько будут функционально сбалансированы лечебно-реабилитационные усилия, осуществляемые бригадой. Организационная сбалансированность основывается на систематическом поддержании комплементарности и синергичности разнородных, но совместно осуществляемых действий членов команды.

Существует ряд проблем, которые возникают в процессе функциональной адаптации членов бригады друг к другу [2, 18], среди которых можно выделить следующие:

- **организационные проблемы** (возможность дискуссии, конфиденциальность, уважение, тайминг, помещения, оплата, документация);

- **проблемы межпрофессионального взаимодействия** (язык, понимание проблемы, нагрузка, зоны компетенции);

- **проблемы дефицита специфических навыков** (несоответствие подготовки уровню задач, недостаток/отсутствие опыта работы, отсутствие специфической подготовки);

- **проблемы специфической подготовки членов бригады** (теоретическая несовместимость, терминологическая несовместимость, разное понимание целей и задач);

- **проблемы лидерства** (авторитарность, «анархия», уважение лидера, права членов бригады);

- **ролевые конфликты** (связанные с лидерством, с иерархией, с зоной ответственности, с нагрузкой);

- **межличностные конфликты** (особенности личности, групповая динамика);

- **возрастные конфликты** (опыт – энергичность, стабильность – риск, консервативность – радикальность).

Одним из способов решения вышеперечисленных проблем является адекватный инструмент оценки биопсихосоциальной ситуации пациента и принятия эффективных решений [5]. Такой инструмент должен обладать *соответствующими* работе лечебно-реабилитационной бригады качествами, а именно являться инструментом **эффективного руководства, эффективного сотрудничества, принятия решений и профессионального роста и обучения.**

С этой целью могут использоваться различные варианты функционального диагноза. Описываемые в литературе подходы [2, 3, 6] страдают тремя существенными, с нашей точки зрения, недостатками: чрезмерным объемом, избытком обобщенных категорий и одновременным использованием понятий и концепций из разных теоретических моделей этиопатогенеза и личности (психодинамическая, поведенческая, когнитивная и др.), осмысление и использование которых требует специфической и достаточно сложной профессиональной подготовки. В результате, предлагаемые карты функционального диагноза представляют собой либо систему тщательно фиксируемых различных внезологических характеристик, либо механистическое сочетание теоретически разнородных элементов. К.Ясперс [12] определял диагноз как «попытку ответить на вопрос, каким именно образом сочетаются симптомы в каждом отдельном случае». В предлагаемых моделях функционального диагноза включенные феномены, во многом, сочетаются благодаря наличию самого «отдельного случая». Это связано еще и с тем, что инструменты функционального диагноза создавались, преимущественно, в контексте научно-исследовательских, а не прикладных практических задач.

Кроме того, мы считаем, что более целесообразно использовать вместо термина «диагноз» термин «статус», предполагающий оценку сложившегося на данный момент динамического состояния, а не закрытое определение. Статус подразумевает квалифицированную оценку текущего состояния системы адаптации пациента, представленную, в адекватной подготовке врача-психиатра, теоретической парадигме, так как именно врач осуществляет общее руководство и координацию деятельности бригады. Такой общепринятой теоретической парадигмой является медицинская модель «болезни» [15, 16, 17], предполагающая наличие постоянно существующего динамического соотношения психофизической уязвимости пациента и средовых факторов. Это биопсихосоциальное взаимодействие и определяет специфику функционирования индивидуальной системы адаптации.

В своей монографии Д.Е. Мелехов [8] описывал два варианта различного восстановления функций у пациентов с хроническими психозами:

«Восстановление функций за счет регрессии болезненных явлений, свойственных активному процессу в острой и подострой стадии и действия защитных механизмов.

Восстановление функций за счет компенсации дефекта в стадии ремиссии, в постпроцессуальном и резидуальном периодах».

В обоих случаях это должны быть, по словам Л.С. Свердлова [10], «...апперцептивно и ситуационно открытые состояния. Эти синдромы предполагают сохранность нормальных форм личностного реагирования, способность противопоставления личности болезни, в которых элементы болезни и неадекватного соотношения себя с действительностью содействует с обычной (в том числе и вполне реалистической) психологической проблематикой, выдвигаемой жизнью в обществе».

В предлагаемой нами модели **функциональный статус** начинает оцениваться с того момента формирования ремиссии или динамического этапа компенсации дефекта, когда интенциональность и саморефлексия пациента «открываются» к здоровым аспектам собственной личности и реалиям житейской ситуации.

При формировании карты функционального статуса мы старались следовать определенным принципам.

Во-первых, семь блоков функционального статуса сгруппированы в три кластера – «Уязвимость», «Стресс» и «Восстановление», соответствующие общепринятой модели заболевания «уязвимость-стресс» [11, 7]. Ниже приводится общая структура карты функционального статуса.

I. УЯЗВИМОСТЬ

1. Доминирующая в дезадаптации дефицитарность.
Когнитивный дефицит (5 позиций)

Эмоционально-волевой дефицит (3 позиции)

Дефицит нормативных полуавтоматических навыков (5 позиций)

Дефицит сознательно контролируемых навыков (4 позиции)

2. Клинико-функциональные параметры ремиссии.

Уровень позитивного симптомокомплекса в ремиссии (3 позиции)

Коморбидные состояния (24 позиции)

Пререцидивная симптоматика (11 позиций)

II. СТРЕСС

3. Актуальные стрессовые факторы.

Острые стрессы (4 позиции)

Хронические стрессы (11 позиций)

Хроническая соматическая патология (8 позиций)

Нормативные стрессы (5 позиций)

4. Личностный дистресс.

Личная стигма (11 позиций)

Дистресс, обусловленный заболеванием (4 позиции)

Духовно-нравственный кризис (8 позиций)

III. ВОССТАНОВЛЕНИЕ

5. Предполагаемые к использованию ресурсы.

Психофизиологические ресурсы (4 позиции)

Личностные ресурсы (16 позиций)

Социальные ресурсы (11 позиций)

Материальные ресурсы (12 позиций)

Функциональные ресурсы (5 позиций)

6. Терапевтический процесс.

Отношение к психопатологическим переживаниям (3 позиции)

Субъективная эффективность фармакотерапии (3 позиции)

Объективная эффективность фармакотерапии (3 позиции)

Побочные действия фармакотерапии (8 позиций)

Причины возможной некомплаентности (18 позиций)

7. Реабилитационный процесс.

Недостатки рабочего альянса (3 позиции)

Условия оптимальной продуктивности (8 позиций)

Возможный вариант функциональной дезадаптации (5 позиций)

Во-вторых, категориальная оценка, включенных в статус феноменов, должна была быть по возможности **функционально ориентированной**, т.е. предполагающей акцент на механизмах и силах способных менять систему адаптации пациента.

В-третьих, мы отдавали предпочтение использованию **ситуационно-конкретных оценок**, вместо **интегрально обобщенных**.

Кроме того, мы старались следовать принципу **разумной достаточности** подразумевающему, что «функциональный статус» не претендует на роль инструмента оценивающего весь жизненный опыт пациента, а имеет, соответствующие задачам настоящего времени реабилитации, локальные прагматические цели.

В русле следования этому принципу, количество отбираемых в большинстве подпунктов оценок сознательно ограничивается 1-2-мя из предлагаемых позиций, имеющих, по мнению эксперта, наибольшее значение в

настоящей ситуации пациента. Это обусловлено, *во-первых*, тем, что дать уверенную оценку одному параметру легче, чем нескольким, что облегчает выбор актуальных реабилитационных мишеней. *Во-вторых*, продуктивная восстановительная работа осуществляется эффективней при узком, сконцентрированном приложении усилий. И, наконец, реальная работа по использованию, управлению и видоизменению одного показателя, вследствие принципа системности, последовательно, ранжировано и в необходимом сопряжении стимулирует работу над другими мишенями восстановления.

По мере изменения реабилитационной ситуации пациента происходит соответствующая смена позиций в функциональном статусе и корректировка работы бригады, при этом базовый список позиций может быть индивидуально расширен. Теоретически, такая динамическая смена лимитировано отобранных мишеней восстановления, соответствует представлению о «зоне ближайшего развития», предложенному Л.С. Выготским для описания процесса развития детей. В частности, он писал: «Обучение только тогда хорошо, когда оно идет впереди развития. Тогда оно пробуждается и вызывает к жизни целый ряд функций, находящихся в стадии созревания, лежащих в зоне ближайшего развития» [4]. Пациенты с психической патологией, так же как дети и незрелые взрослые, не могут самостоятельно задавать себе «зону ближайшего развития», так как ряд их социально-психологических функции находятся в состоянии недоразвития, торможения или декомпенсации.

В дополнение к вышеперечисленным принципам мы сознательно отказались от любых прогностических показателей. Такое решение связано с тем, что положительные и отрицательные ожидания не только не сказываются на результативности реабилитационных действий [1, 13, 14], но и способны исказить процесс восстановления, как излишним оптимизмом, так и неоправданным пессимизмом относительно будущих возможностей пациента. Важно и то, что, единожды начавшись, процесс реабилитации сопутствует психиатрическому пациенту всю его жизнь и поэтому не имеет фиксированных раз и навсегда этапов и исходов [9].

Ниже приводится вариант функционального статуса пациента реабилитационного отделения.

Пациент Д., 24 г. инвалид 2 гр. Диагноз: Шизофрения параноидная.

Доминирующая в дезадаптации дефицитарность определяется нарушением исполнительских функций, дисбулией, недостатком навыков совладания со стрессами, проблемно-решающего поведения, структурирования времени.

Актуальные стрессовые факторы определяют чрезмерной эмоциональной вовлеченностью матери в состояние пациента, социальной некомпетентностью пациента. Среди *нормативных стрессов* – стандартные ситуации формального общения, необходимость структурировать ежедневное времяпровождение. *Личностный дистресс* связан со стигматизирующими пе-

реживаниями относительно необходимости постоянного лечения, внешними проявлениями симптомов, снижением самооценки. Кроме того, пациент испытывает дистресс, связанный с психологическим страданием от обсессивно-компульсивных симптомов (ОКС) и переживанием ограничения свободы личного выбора.

Клинико-функциональные параметры ремиссии. *Доминирующий позитивный симптомокомплекс в ремиссии* определяется периодическими галлюцинаторными феноменами, дефицитарной идентичностью и обсессивно-компульсивным синдромом, что может ограничивать специфические психотерапевтические интервенции рамками поддерживающего подхода. *Коморбидные состояния* исчерпываются отсутствием сексуального партнера. *Пререцидивная симптоматика* в виде тревоги, раздражительности, повышенной отвлекаемости.

Терапевтический процесс. *Отношение к психопатологическим переживаниям* компромиссное. *Субъективная эффективность фармакотерапии* оценивается как частичное улучшение. *Объективная эффективность фармакотерапии* средняя (редукция псевдогаллюцинаций, устойчивый ОКС). *Побочные действия фармакотерапии* в виде гиперсомнии. *Причины возможной некомплаентности* могут определяться отсутствием рефлексии тяжести заболевания, гиперсомнией и молодым возрастом пациента.

Предполагаемые к использованию ресурсы (приводятся вместе с поунктной характеристикой реабилитационных действий, существующей в качестве приложения к функциональному статусу).

Психофизиологические ресурсы в виде *хорошей откликаемости на фармакотерапию и нестигматизирующих побочных действий фармакотерапии* (только гиперсомния), что может быть эффективно использовано для поддержания комплаентности и нормализации культурологических и личных опасений по поводу медикации.

Личностные ресурсы представлены *опытом работы вообще*, который может использоваться как опора для реконструкции адаптивного режима активности; *непсихотической религиозностью* (православие) которая может быть использована для стимулирования поддерживающих социальных связей в религиозной общине и помощи в преодолении духовно-нравственных проблем; *развитым чувством долга*, имеющим позитивное значение для самооценки, но требующим психологической работы по нормализации вины, структурированию нагрузки, преодолению и профилактики непродуктивного перфекционизма.

Социальные ресурсы: близкие отношения с матерью и братом и наличие одного близкого друга требуют обучения родственников помощи в кризисных ситуациях и стимулирования пациента к обучению получения эмоциональной, поведенческой и инструментальной поддержки со стороны близкого социального окружения.

Материальные ресурсы: *финансовое обеспечение семьей* предполагает работу над психологическим при-

нятием продолжительной материальной зависимости; **деньги на саморазвитие, деньги на необязательные вещи** предполагают стимулирование к их продуктивному использованию и помощи в организации отдыха, развлечений, приятных приобретений.

Функциональные ресурсы: **свободное время** требует помощи в конструктивном структурировании временипровождения, возможен акцент на профессиональном обучении; **наличие интимного пространства**, предполагает помощь в принятии права свободно распоряжаться своим пространством, стимулирование использования интимного пространства для отдыха, релаксации, отвлечения, осмысления планов, утилизации материала психотерапии и реабилитационных действий; необходима профилактика чрезмерного аутистического использования пространства

Реабилитационный процесс. Недостатки рабочего альянса определяются искаженной утилизацией целей и задач реабилитации пациентом и его пассивной позицией сотрудничества. **Условия оптимальной продуктивности** связаны с возможностью избегания стрессовых ситуаций, привычным кругом контактов, ненавязчивой, эмоционально неинтенсивной поддержкой окружающих. В трудовой активности важны заинтересованность, индивидуальный подход, возможность относительно самостоятельно чередовать периоды работы и отдыха, возможно надомный труд. Временами необходимы уединенность и покой. **Возможный вариант функциональной дезадаптации** требует уточнения в процессе реального трудового процесса.

Для удобства карта функционального статуса упакована, вместе с другими медицинскими документами пациента, в табличный процессор Excel таким образом, что выбор позиций в первичном листе функционального статуса автоматически формирует второй лист, отображающий только позиции конкретного пациента и соответствующие возможные варианты реабилитационных действий. Естественно, что этот набросок становится первичной опорой для принятия соответствующих реабилитационных решений на заседании полипрофессиональной бригады.

Литература:

1. Альтман А.Л. Трудовая и бытовая реадaptация при шизофренических ремиссиях. – Пермь: ПГМИ, 1970. – С. 41-43.
2. Бабин С.М., Случевская С.Ф. Основы психотерапии в психиатрии. Учебное пособие. – СПб.: Изд. СЗ-ГМУ им. И.И. Мечникова, 2016. – С. 32-37.
3. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 3-е изд., доп. – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
4. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. Мышление и речь. Проблемы психологического развития ребенка. – М.: Изд. АПН РСФСР, 1956. – 519 с.

5. Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен? // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2004. – №1. – С. 7-10.

6. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бурковский Г.В. и др. Функциональный диагноз в психиатрии. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 231с.

7. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс. – СПб.: Гиппократ 2004 – 335с.

8. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. – М.: Медгиз, 1963. – С. 120.

9. Бонд Г. Применение принципов психиатрической реабилитации к трудоустройству: последние данные. // *Шизофрения. Изучение спектра психозов.* / Под ред. Р.Д. Энцилла, С. Холлидея, Дж. Хигенботтема – М.: Медицина 2001. – С. 69-72.

10. Свердлов Л.С. Психопатологические и психологические предпосылки выбора терапевтической тактики при эндогенных психозах // *Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных.* / Под ред. Р.Я. Вовина, Г. Е. Кюне. – М.: Медицина, 1989. – С. 62-98.

11. Симпсон М.Э. Стресс и психозы. // *Шизофрения. Изучение спектра психозов.* / Под ред. Р.Д. Энцилла, С. Холлидея, Дж. Хигенботтема – М.: Медицина 2001. – С. 314-328.

12. Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии (в 2 томах). – М.: Академия; СПб.: Белый Кролик, 1996. – Т. II. – 256 с.

13. Тэлботт Д. Уроки относительно хронических психически больных, извлеченных начиная с 1955 г. // *Шизофрения. Изучение спектра психозов.* / Под ред. Р.Д. Энцилла, С. Холлидея, Дж. Хигенботтема – М.: Медицина 2001. – С. 15-37.

14. Anthony W., Cohen M., Farkas M. Psychiatric rehabilitation. – Boston: Center for psychiatric rehabilitation, 1992. – P. 18-36.

15. Carr V.J., Burnett P. Individual psychotherapy and schizophrenia // *Austral. N. Zeal. J. Psychiat.* – 1983. – Vol.17. – P. 245-251.

16. Frese F J. Stanley J., Kress K. J. et al. Integrating evidence based practices and the recovery model // *Psychiatr. Services.* – 2001. – Vol. 52. – P. 1462-1468.

17. Gabbard G. O., Kay J. The Fate of Integrated Treatment: Whatever Happened to the Biopsychosocial Psychiatrist? // *American Journal of Psychiatry.* – 2001. – V.158. – P. 1956-1963/

18. Hume C., Pullen I. Rehabilitation in Psychiatry An introductory handbook. – New York: Churchill Livingstone, 1986. – P. 126-149.

СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ «БЕСПЕРСПЕКТИВНОГО» ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Иванова А.А.¹, Федоров Я.О.^{1,2}, Шиканова Е.А.^{1,2}

¹Городской психоневрологический диспансер со стационаром №7

²Восточно-Европейский институт психоанализа
Санкт-Петербург

Обилие психотерапевтических подходов не соответствует понятным практическим инструментам, позволяющим психотерапевту успешно взаимодействовать с пациентом. Специалистам требуются эффективные инструменты и тактики: как вовлечь пациента в терапию, как его «удержать» в психотерапевтических отношениях, как справиться с его поведением в кабинете (молчание, эротический интерес, агрессия, суицидальный шантаж и т.д.) и вне его. Авторы статьи описывают тактику вовлечения «безнадежного» пациента в продуктивные терапевтические отношения, используя современный психоанализ Хаймона Спотница [1]. Этот подход – «надстройка» к классическому психоанализу, позволяющая помогать широкому кругу доэдипальных пациентов (пограничных и психотических).

Клинический случай

Пациент – мужчина 27 лет, второй ребенок в семье. Указаний на отягощенную наследственность нет. Раннее развитие без особенностей. Детские сад посещал, адаптировался нормально. Окончил 9 классов общеобразовательной школы, учился неохотно, часто прогуливал

уроки. Затем поступил в ПТУ. В этот период проживал в квартире со старшей сестрой и ее мужем. Отношения были конфликтные. Начал алкоголизироваться, курить гашиш. В училище успевал плохо, большую часть времени проводил в компании друзей, употребляющих наркотические вещества. В 16 лет в состоянии наркотического опьянения на мотоцикле попал в аварию, получил сотрясение головного мозга, и перелом бедренной кости. Лечился в травматологии в течение нескольких месяцев. После выписки из больницы стал ощущать «упадок сил, внутреннее изменение». Чтобы «улучшить самочувствие» начал употреблять амфетамины. ПТУ закончил, получил специальность, по которой никогда не работал. Некоторое время трудился на неквалифицированных работах, однако, подолгу нигде не удерживался, т.к. конфликтовал с коллегами, с работой справлялся плохо. В армии не служил, получил отсрочку из-за низкого веса.

Воспитывался в основном матерью, отец в воспитании сына участия практически не принимал. Около 10 лет назад отец стал жить отдельно от семьи, но периодически поддерживал связь с сыном по телефону. Мать властная, вспыльчивая, длительное время занималась устройством личной жизни, была эмоционально отстранена от сына. Несколько лет назад сошлась с другим мужчиной. Отношения с отчимом «не сложились».

Со слов матери, на фоне приема алкоголя и амфетаминов стал меняться в поведении: дома стал неаккуратным, устраивал беспорядок, конфликтовал с мужем сестры. Отношения приобрели крайне напряженный характер, из-за чего вернулся в квартиру к матери, где также конфликтовал. Часто был в состоянии алкогольного опьянения, в котором становился расторможенным, агрессивным к матери, вел себя неадекватно. В июне 2009 г. бросил камень в окно соседнего дома, разбил стекло, вызвали милицию. С середины июня ухудшился сон, бывал тревожным. Матери в опьянении стал говорить, что «я – это не я», «мать – не мать», заявлял, что имеет жену и ребенка. Мать вызвала скорую психиатрическую помощь (СПП). Впервые был госпитализирован в психиатрическую больницу (ПБ). Дежурному врачу сообщил, что было ощущение, будто «мать – чужая женщина, т.к. всю жизнь придиралась». Обращали на себя внимание инфантилизм, ограниченность больного, психопатоподобный рисунок поведения, отмечались эпизоды нелепости, вычурности.

С этого времени многократно проходил лечение в ПБ – 20 раз за 5 лет, при этом многократно госпитализировался по СПП. Был установлен диагноз – шизофрения, простая форма с гебоидными включениями, определена 2 группа инвалидности бессрочно. В клинической картине в большей степени присутствовали нарушения поведения и монотематический бред «чужих родителей», а также агрессивное поведение. Периодически появлялась расторможенность, дурашливость, в состоянии наркотического опьянения быстро утрачивал возможность контроля. В психопатологической симптоматике на первый план стали выходить апатоабулические расстройства, эмоциональная холодность, парадоксальность. Критики к

употреблению наркотических препаратов не имел. Перед одной из госпитализаций, как следует из медсведений, «стал создавать и экспериментировать с новыми лекарствами», «создал лекарство от слабости для хорошего самочувствия». Относился к наркотическим препаратам как «к лекарству», был погружен в идеи «изобретения нового наркотика». Наркотизация носила выраженный характер. В 2011 г. на фоне амфетаминового опьянения развивалось коматозное состояние, был госпитализирован в НИИ скорой помощи в токсикологическое отделение. Однако и в дальнейшем продолжал употребление амфетаминов.

Состояние между поступлениями в стационар быстро ухудшалось на фоне самостоятельного прекращения приема лекарств и возобновления употребления алкоголя и амфетаминов. После одной из госпитализаций по настоянию матери поехал в реабилитационный лагерь для наркозависимых, однако, оттуда быстро сбежал, по приезду домой снова был отправлен в ПБ. К госпитализациям относился равнодушно, «уже привык». Быстро адаптировался в отделении, «заводил знакомства», «мыл полы за сигареты». Промежуток между госпитализациями был коротким – от двух недель до двух месяцев.

Медикаментозная терапия многократно корректировалась, в последние пару лет был переведен на пролонгированную форму нейролептика (модитен-депо 2,5% 2 мл 1 раз в две недели) и пероральный прием азалептина по 100 мг 3 раза в сутки. Препараты переносил плохо, жаловался на «скованность в теле», «закатывания глаз». Были добавлены корректоры, однако, пациент всё равно считал, что «лекарства убивают ферменты и отравляют организм». По этой причине часто прекращал прием. Со слов матери и самого пациента, медперсонал в больнице относился к нему как к «безнадежному», что было понятно в силу многократных госпитализаций, низкой комплаентности, коротких ремиссий. Мать считала сына «обузой» и начала оформлять документы для определения его в интернат.

Перед последней госпитализацией не принимал лекарств; как следует из выписки, «вновь стал злобен, конфликтен, ругался с матерью, требовал деньги на алкоголь и стимуляторы», требовал «немедленно отдать паспорт», «надоело быть овощем, хотел энергии». Поведение носило дурашливый и ситуационно неадекватный характер. Набросился на отчима, сломал ему руку, угрожал убить. В отделении адаптировался быстро, первые дни проявлял недовольство «высокими дозами лекарств». Был заторможен, много спал. Во время посещений матери бранился, угрожал, нецензурно выражался, проявлял демонстративность. На фоне лечения состояние стабилизировалось, купировалась дурашливость, расторможенность, гебоидный рисунок поведения. Во время посещений матери оставался эмоционально отгорожен, однообразен, избирательно общался с пациентами. После выписки снова бросил принимать лекарства, стал конфликтовать с матерью. Был направлен участковым психиатром на лечение в ДС №1. Однако родственники скептически отнеслись к возможности удержаться в режиме амбулаторного отде-

ления. Учитывая анамнез, динамику и психический статус, подобный скепсис был и у лечащего врача дневного стационара.

Психический статус при поступлении в ДС: внешне неопрятен, в поведении развязен, дистанция снижена, хватал предметы со стола врача, требовал отмены препаратов, нецензурно выражался. Галлюцинаторно-параноидной симптоматики не обнаруживал. Критики к состоянию не имел, но высказывал формальное желание «полечиться». При этом был способен на коррекцию поведения – на некоторые замечания реагировал.

Учитывая вышеупомянутые неблагоприятные факторы, а также молодой возраст пациента, команда ДС рекомендовала лечащему психиатру сочетать фармакотерапию и психотерапию (современный американский психоанализ Хаймана Спотница). Вся коррекция фармакологических назначений шла в непосредственной взаимосвязи с психотерапевтической динамикой. В течение года терапии в условиях ДС удалось вдвое снизить дозировку нейролептиков. По нашему мнению, если увеличивается возможность следовать психотерапевтическим «назначениям», то увеличивается и комплаентность в отношении лекарств, что наблюдалось в данном случае. Динамика позитивных изменений рассматривается ниже.

Психотерапевтическая тактика – практические аспекты

В течение года работы с пациентом первые два месяца больше имели отношение к системе психиатр-пациент (что не исключало использование техник современного психоанализа для формирования доверительного контакта), а последующие 10 – аналитик-клиент. Проводимую работу можно условно разделить на 3 этапа.

Первый этап. Установление контакта: работа с преаналитическим сопротивлением (сознательными и бессознательными силами, направленными против взаимодействия с аналитиком еще до терапевтических отношений). Длительность – 2 месяца.

Понятна трудность установления доверительного контакта с пациентами подобного типа в силу психопатологических причин (продуктивных расстройств, отсутствия критики, эмоционального снижения и др.). В соответствии с концепцией Спотница, пациент шизофренического спектра имеет большой запас подавленной агрессии, который проявляется разрушением отношений с врачом. В самом начале работы с ним, пациент проверял «устойчивость» врача. В современном психоанализе сопротивление (все тенденции пациента, противостоящие прогрессу терапии) рассматривается как бессознательный запрос к терапевту – «я прошу со мной взаимодействовать так». Для пациента была важна *устойчивость объекта, который способен выдерживать любые разрушительные эмоции и оставаться целым. В символическом смысле ему была нужна мать, способная к безмерному контейнированию. Его поведение было таково, что врачу приходилось удерживать себя от разрушительного для терапевтических отношений желания – немедленно госпитализировать пациента. Во многом этому помога-*

ла командная форма организации отделения и возможность обсудить постоянно возникающие сложности с этим пациентом в рамках интервизионной группы отделения, разных супервизорских групп и личного контакта с опытными специалистами. Вот лишь некоторые проявления такого разрушительного поведения: приходил на отделение в состоянии алкогольного опьянения; не принимал лекарства и требовал отмены инъекций; угрожал «выпить растворитель»; матерился, раздражался, хлопал дверью и т.д.

Врачу удалось выдержать это разрушенный напор за счет использования техник современного психоанализа, призванных усилить ранние защиты, чтобы хрупкое Эго не регрессировало в психоз. Использование этих техник возможно в рамках отношений психиатр-пациент и выполняет те же самые задачи, что в отношениях аналитик-клиент: трансляция пациенту – «я такой же, как ты, я тебя понимаю». Психиатр использовала такие техники современного психоанализа как «присоединение» и «отзеркаливание», и старалась сохранять нейтральность. Например, когда пациент отказывался принимать лекарства, и говорил, что и так «все сосуды забиты гадостью», психиатр с ним «соглашалась» – «да, это очень вредно», и предлагала «капельницы для чистки сосудов». На его угрозы выпить растворитель (пациент полагал, что пролонгированный укол на масляной основе можно нейтрализовать обезжиривающим средством), врач предлагала альтернативу – «безопасные противомасляные уколы». На его требования отмены препаратов – врач немного снижала дозировки, говоря при этом: «уменьшаю лекарства насколько могу, иначе меня уволят». Когда он ругал психиатров и всё начальство, врач соглашалась с ним – «в психиатрии все ужасно». Но при этом просила пациента помочь врачу: приходить каждый день, чтобы лучше понять, как «прочистить сосуды от всех этих лекарств и отследить реакцию на растворитель». Как видно на указанных примерах – присоединение к сопротивлению в виде небольших «уступок» хорошо «окупалось» комплаентностью, соблюдением режима отделения, формированием доверительного контакта, но что еще важнее, впервые за пять лет удалось достичь резкого снижения приема наркотических препаратов и алкоголя.

Второй этап: переход от взаимодействия «врач-пациент» к альянсу «аналитик-клиент». Этот период длился 2,5 месяца.

После месячного перерыва в июле (коллективный отпуск в отделении) с пациентом стала обсуждаться возможность индивидуальных психотерапевтических встреч, четко обозначенных по времени. Пациент пассивно согласился, не имея четкой мотивации и представления об этом как о психотерапевтическом процессе. Сложность состояла в том, что психиатр имеет одни функции (контроль приема препаратов и стабильности состояния, соблюдение режима отделения), а психоаналитик другие (в самом упрощенном варианте – помочь пациенту говорить

обо всем). Необходимо было обеспечить плавный переход из директивного взаимодействия «врач-пациент» к психотерапевтическому альянсу «аналитик-клиент». Здесь опять же помог командный фактор организации работы отделения и обсуждение подходящей тактики с коллегами. Было необходимо сформировать мотивацию на дальнейшую психотерапевтическую работу, чтобы передать психиатрические функции другому специалисту, а психоаналитические функции оставить за лечащим врачом. Для этого взаимодействие с пациентом было разделено на два вида. Первый вид – «психиатрический»: пять раз в неделю минут по десять с пациентом обсуждались его психопатологические проблемы: жалобы, динамика состояния, медикаментозная терапия. Второй – «аналитический»: раз в неделю проходили индивидуальные сессии по 30 минут. Это были так называемые установочные сессии, чтобы клиент и аналитик могли понять, получается ли у них создать психотерапевтическое взаимодействие.

Начало данного этапа было осложнено внешними обстоятельствами – пациент взял на себя вину за хранение наркотических веществ. Было возбуждено уголовное дело и пациенту стало грозить принудительное лечение в стационаре, и, конечно, прекращение психотерапии. Эту ситуацию можно расценивать как сопротивление, разрушающее терапию (по Спотницу) в сочетании с сопротивлением переноса (по Фрейду). Для пациента это был «смелый поступок», возможность произвести позитивное впечатление на врача (явление эротического переноса). После совершения правонарушения первое время пациент с гордостью рассказывал о том, как «взял вину на себя, спасал друга», пытаясь отследить реакцию терапевта. Данное сопротивление было разрешено с помощью техник присоединения. Аналитик с одной стороны признавала его «подвиг», с другой предлагала иную стратегию. Интервенции были такого типа: «как повезло вашим знакомым иметь такого смелого друга, но правоохранительная система не справедлива, могли бы мы вместе подумать, как в другой раз помочь вашим друзьям более приемлемым способом»; «могли бы вы в подобной ситуации сначала позвонить мне, чтобы мы вместе подумали, как поступить»; «мне так повезло, что такой надежный человек является моим пациентом, мне бы очень не хотелось, чтобы эта ситуация помешала вам приходить ко мне».

В середине второго этапа стал актуальным вопрос оплаты, которая важна как терапевтический инструмент в нескольких аспектах. Во-первых, оплачивая свою работу, пациент имеет основания выражать свою критику. А в работе с доэдипальными расстройствами работа с агрессией – ключевой момент. Во-вторых, особенности оплаты или неоплаты (пропусков оплаты, уменьшения, обсуждения и т.д.) – это «лакмусовая бумажка» сопротивлений. Когда есть негативные чувства к терапевту, например, когда пациент забывает оплату, он транслирует – «ваша работа ничего не стоит», но при этом ничего не говорит о своей злости.

Для аналитика это возможность исследовать вопрос, какие чувства мешают оплатить вовремя, что, в конечном итоге, служит профилактикой сопротивления разрушающей терапии. В-третьих, чувство вины со стороны пациента, так как они «получают психотерапию ни за что». В-четвертых, у параноидных пациентов усиливается страх: «какие цели преследует психотерапевт»? В-пятых, отсутствие оплаты не формирует мотивации к развитию, например, устройству на работу, а также решению других сторон сопротивления к сотрудничеству. Т.к. в условиях бесплатной психиатрической помощи брать плату невозможно, перед терапевтом стояла непростая задача. Однако благодаря супервизии ее удалось решить символическим образом – брать яблоками, которых на даче пациента было достаточно (как раз стояла ранняя осень). Это предложение обсуждалось с пациентом, и он охотно согласился. «Договорились» о следующей «цене»: одно яблоко за сессию.

В конце второго этапа стал обсуждаться вопрос о передаче его другому психиатру, что было первоначально воспринято как отвержение и «бросание». После этого он пропустил одну сессию (чего ранее не наблюдалось). Так как вербальные стратегии для преодоления сопротивлений доэдипальных пациентов малоэффективны, используются эмоциональные коммуникации, которые могут иметь совершенно «неаналитический» вид. Терапевт предложила идею с наклейками: в конце каждой сессии пациент приклеивает в тетрадь одну наклейку машинки. В книге было 400 наклеек. С пациентом было заключено соглашение, что раньше, чем закончатся наклейки, терапия не закончится, и что он должен поправиться, когда приклеит все наклейки. Таким образом, пациенту транслировалось – «наши отношения продлятся долго, сколько тебе будет нужно, пока ты не выздоровеешь, я верю в твои ресурсы». Это успокоило пациента, и он продолжил работу.

Также на втором этапе возникла очередная угроза прерывания терапии: мать пациента стала забирать его на дачу или поликлинику именно в дни сессий. Возникающая ревность, нередко бессознательное чувство, приводит к отреагированию переживаний в виде сопротивления разрушающей терапии. Т.к. мать сознательно была заинтересована в прогрессе терапии, то это препятствие удалось разрешить с помощью рационального обсуждения. Для профилактики дальнейшего отреагирования различных чувств с ней была достигнута договоренность о регулярных встречах с аналитиком (раз в 2-3 недели). Она охотно согласилась, чтобы «рассказывать о ситуации дома», также она могла в любой момент позвонить и задать интересные вопросы. Терапевт транслировал матери, что ее роль в жизни и лечении сына огромна, подчеркивалась значимость ее фигуры. Свою же роль терапевт обозначала как вспомогательную, чисто профессиональную («инструмент для необходимых изменений»). Чтобы снизить чувство вины матери за правонарушение, аналитик присоединялась к ней, «разделяя» ответственность – «если бы я лучше контролировала посещаемость пациента, он

бы, конечно, не совершил подобное правонарушение». Такая стратегия помогла матери лояльно относиться к терапии сына и лучше сотрудничать с аналитиком («профилактика ревности»). В течение второго этапа за неполных два месяца было проведено 7 установочных сессий, в результате которых было решено продолжить психотерапевтические отношения в аналитическом ключе, а функции психиатра передать коллеге по отделению.

Третий этап: развитие позитивного переноса, который длится 7 месяцев; к настоящему времени прошло около полусотни сессий. Сеттинг: частота сессий по 30 минут 2 раза в неделю, пациент лежит на кушетке, «оплата яблочной валютой» – одно яблоко за сессию.

С началом регулярных встреч дважды в неделю пациент стал достаточно свободно обсуждать разные темы. За это время отношения пациента к пребыванию в ПБ изменилось на отрицательное. Он перестал рассматривать госпитализацию как «прикольное приключение», стали формироваться планы на будущее. Однако, вскоре, когда возникла угроза госпитализации (по решению суда) у пациента стали возникать идеи виновности и аутоагрессивные тенденции в виде желания покончить с собой. Контрпереносные чувства в тот момент были очень сильные, что «парализовывало» аналитика и мешало работать. Здесь следует говорить об объективном согласующемся контрпереносе, когда чувства аналитика и пациента идентичны. Аналитик чувствовала то же самое, что и пациент – только в его жизни стали появляться элементы стабильности и перспективы к нормализации жизни, как под силой обстоятельств все разрушается. Групповая супервизия помогла терапевту разделить свои чувства и чувства пациента, а также выработать стратегию работы в данной ситуации.

В качестве ведущей стратегии использовался перевод агрессии на себя (аналитика). Терапевт совершала типичные интервенции типа «если б я лучше работала, не было бы таких проблем». Однако такие вмешательства не помогали. Пациент стал говорить о безнадежности и негативном отношении к терапевту: «вы же мне сказали, что вылечите меня, а мне снова в больницу!» На помощь снова пришла супервизия, в ходе которой терапевту посоветовали следующее. Пациенту было сказано, что возможная госпитализация не связана с психотерапевтическим лечением, а происходит из-за «прошлых» причин. Поэтому это не следующая «госпитализация №21», а «госпитализация 20А». Также пациенту было сказано, что вне зависимости от внешних причин, терапия продолжится. Более подробно обсуждался вопрос о возможности посещения терапевтом пациента в стационаре, если будет госпитализация. Ему рекомендовалось «изнутри изучать всю обстановку», чтобы потом написать вместе научную статью. Одним из мотивов продолжения сотрудничества стала возможность влиять на «беспредел врачей и судей» и помогать другим через свой опыт. Все эти идеи были восприняты пациентом положительно, и он перестал высказывать суицидные мысли, изменил отношение к самому факту возможной госпитализации.

Здесь следует сделать небольшую ремарку. Современный психоанализ Спотница иногда рассматривают как систему манипуляций, что неверно, т.к. за предлагаемыми интервенциями стоит не обман, а возможная реальность, которая сторонним наблюдателям может показаться несбыточной. Как Вы видите, предложение о сотрудничестве в виде совместной статьи осуществилось. Пациент не только дал свое согласие на публикацию в специальной литературе, но и оказывал непосредственное содействие в этом.

Параллельно с «судебным сопротивлением» наблюдалось «обострение» внешнего сопротивления матери. Она стала говорить, что лечение не дало быстрого результата, что «все разрушилось из-за суда», что «сын безнадежен» и требует слишком много усилий, «а сил уже нет». Указанное сопротивление удалось преодолеть интервенциями о том, что терапия может сделать из ее сына не «обузу», а «помощника»; что потраченные сейчас усилия будут вознаграждены в будущем, когда сын станет ее опорой; что сейчас мать не одна – на ее стороне команда профессионалов отделения и есть ощутимые результаты от терапии. Эти вмешательства оказались эффективными, и мать стала активно помогать терапевту, «спасая сына»: активно включилась в судебный процесс и наняла адвоката.

Родственникам пациентов шизофренического спектра не следует обещать быстро и хорошего прогресса. Это терапевтически вредно, т.к. делает аналитиков «заложниками» собственных обещаний и маскирует актуальные сопротивления. Семейная система, которая годами жила проблемами идентифицированного пациента, не может быстро перестроиться и начинает всячески препятствовать терапии. Резкий прогресс пациента, часто бессознательно, воспринимается родителем как утрата необходимости в них, выход из-под их контроля. Поэтому предпочтительнее постепенная работа – в медленном темпе у семейной системы больше шансов «безболезненно» перестроиться.

Динамика состояния пациента

Динамику состояния можно наблюдать в трех направлениях: клиническом, психоаналитическом и социальном. По традиции начнем с клиники. Уже год пациент не поступает в психиатрический стационар (ранее – три раза в год) и не употребляет наркотические препараты. Не только сформировалась вербальная критика к предшествующей наркотизации, но изменилось и поведение – не просит у матери деньги «на дозу», не пытается варить дома наркотические смеси, избегает прошлой компании наркоманов. Пациент комплаентен, регулярно посещает дневной стационар и вежливо общается с медперсоналом. Следит за внешним видом, одевается опрятно, причешивается перед кабинетом врача. Психический статус через год после выписки из стационара: опрятен, вежлив, речь по существу, мимика живая, фон настроения ближе к ровному, галлюцинаторно-параноидной симптоматики не обнаруживает, критичен к наркотизациям и агрессивному поведению в прошлом.

С точки зрения психоаналитического процесса, прогресс тоже очевиден: кабинет аналитика стал для него безопасным местом, где можно «говорить обо всем». Конечно, еще существуют темы, на которые ему говорить не просто (отношения с аналитиком, агрессия и секс), но аналитическая ситуация принципиально отличается от первых месяцев терапии (агрессия, негативизм, молчание). Преодолены самые трудные сопротивления – разрушающее сопротивление и статус-кво. В настоящий момент становятся актуальными сопротивления аналитическому прогрессу и сотрудничеству [2]. Сеттинг соблюдается четко: приходит вовремя, сессии не пропускает, всегда «оплачивает» их (яблоком). Негативный перенос первого этапа сменился на идеализирующий эротический перенос, что с одной стороны затрудняет возможность выражения вербальной агрессии в адрес терапевта, но в тоже время помогает быть «правильным» пациентом (не нарушать сеттинг, удерживаться в терапии, желать продолжения лечения).

Социальные изменения в большей степени коснулись семьи – улучшились взаимоотношения с матерью: исчезла агрессия, стал помогать по дому, ходить в магазин. В период, когда мать стала алкоголизироваться – заботился о ней. Стал проявлять интерес к противоположному полу, планировал устроиться на работу. Особенно хочется отметить общественно значимую сторону случая, касающуюся отношения к душевнобольным – это тенденция к большей толерантности, в том числе судебной системы (возможно традиционно более ригидной). Судебное заседание переносилось около 6 раз в связи с сомнениями судьи относительно необходимости прохождения пациентом принудительного лечения в условиях психиатрического стационара (на чем настаивали судебнопсихиатрические эксперты). Назначена повторная экспертиза, а адвокат готовит ходатайство об изменении вида принудительного лечения (на амбулаторное) или полном прекращении судебного разбирательства. Таким образом, интервенция аналитика о том, что его случай сможет помочь другим в отстаивании своих прав, тоже стала реальностью.

Заключение.

Залог позитивной динамики пациента видится авторами в комплексном лечении, сочетающим адекватную фармакотерапию с психотерапевтическим подходом, специально созданным для работы с доэдипальными пациентами. Современный психоанализ Х. Спотница постепенно находит свое место в системе психиатрической помощи в конкретно взятых учреждениях и отделениях. Его главная ценность в том, что он обладает работающими техниками, которые применимы как в психотерапевтическом, так и в психиатрическом формате работы с пациентом (конечно, и цели в этом случае у них разные). Этот подход может служить удобным и понятным инструментом комплексной терапии психиатрического пациента, о чем свидетельствует интерес к этому направлению психоанализа со стороны первичного звена психиатрической помощи в Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Челябинске и других городах нашей страны.

Литература:

1. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента: теория, техника. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. – 296 с.
2. Федоров Я.О. Психотические расстройства личности. / Психоанализ: учебник для бакалавров и магистратуры / Под ред. М.М. Решетникова. – М.: Юрайт, 2016. – С.205-215.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ**

Казаковцев Б.А.

*ФМИЦПН им. В.П. Сербского
Москва*

В результате последовательно осуществляемой, начиная с 1993-1995 гг., кадровой политики, и многолетнего, начиная с 2000-х гг., использования бригадных форм работы к периоду 2012-2015 гг. в стране произошло значительное снижение показателей первичной инвалидности вследствие психических расстройств (*третичная профилактика*), показателей суицидальности (*вторичная профилактика*) и показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами (*первичная профилактика*).

В свете перечисленных перемен полагаем необходимым провести обоснование возможности привлечения эпидемиологических данных для оценки качества организации профилактической работы при оказании психиатрической помощи. Для решения поставленной задачи использованы результаты сравнительного анализа показателей федерального статистического наблюдения в период с 2002 по 2015 гг. в целом по Российской Федерации (РФ) и по федеральным округам (ФО).

В аспекте профилактической деятельности региональных психиатрических служб проанализированы происходящие в стране изменения в организации психиатрической помощи. Проведена структурно-дина-

мическая оценка показателей кадрового обеспечения амбулаторных и стационарных психиатрических служб специалистами с немедицинским образованием, показателей первичной инвалидности вследствие психических расстройств, показателей распространенности суицидов, и показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами.

В период с 2005 по 2013 гг. число занятых должностей специалистов с немедицинским образованием в психиатрических учреждениях РФ увеличивалось неравномерно. Медицинских психологов – с 3158,25 до 3840,25 или на 20,3%. Специалистов по социальной работе – с 576,75 до 940,5 или на 61,3%. Социальных работников – с 1463,50 до 1637,5 или на 10,7%.

В динамике роста числа занятых должностей основных трех категорий специалистов с немедицинским образованием в указанный период также наметились определенные различия, которые можно объяснить изменениями долей участия стационарных и амбулаторных служб в оказании психиатрической помощи. В общем числе занятых должностей *медицинских психологов* более интенсивно увеличивалось число занятых должностей в амбулаторных психиатрических службах, при том, что темпы роста числа должностей *специалистов по социальной работе* были выше в стационарах. Рост показателей по категории *социальных работников* в стационарах адекватен расширению в них объема социальной работы более чем на треть. Однако значительное число регионов страны характеризовалось низкими уровнями обеспеченности и нулевыми показателями, что свидетельствует об актуальности проблемы дальнейшего развития психосоциальной помощи пациентам и их семьям как в амбулаторных, так и стационарных психиатрических службах [5].

По итогам реализации федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 гг.)» [6], установлено наличие обратной связи между показателями использования бригадных форм оказания психиатрической помощи и показателями психиатрической госпитализации. При увеличении в указанный период в целом по РФ охвата пациентов бригадными формами работы на 22,4% отмечено уменьшение на 2,1% числа нуждающихся в стационарной помощи, на 14,5% – средней продолжительности стационарного лечения, на 3,7% – числа повторных в течение года госпитализаций. Установлено также, что в период с 2005 по 2013 гг. в целом по РФ наряду со снижением показателя первичной инвалидности на 29,7% имели место снижение общего показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами на 17,6% и снижение показателя первичной заболеваемости психозами и слабоумием на 7,1% [3].

В данной связи представляют особый интерес результаты сравнительного исследования регионального опыта организации бригадных форм оказания психиатрической помощи, проведенного по данным единовременных отчетов, полученных от 74 региональных органов управления здравоохранением.

Из 150 организованных в 2012-2013 гг. инновационных реабилитационных служб 85 (56,7%) находились на начальной стадии развития, а 65 реабилитационных служб (43,3%) под другими наименованиями уже функционировали на протяжении ряда лет. До приведения в соответствие с действующим Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения [3] эти реабилитационные службы активно накапливали собственный, нередко уникальный, опыт психосоциальной работы и на период исследования их деятельность осуществлялась по уже сформированным алгоритмам. Группы ФО с более высокими и менее высокими темпами снижения показателя первичной инвалидности (третичная профилактика) значительно различались ($p < 0,05$) по количеству реабилитационных служб с уже разработанными и апробированными алгоритмами психосоциальной работы.

В наиболее полно разработанном алгоритме *психообразовательная работа с пациентами и их родственниками* проводится при наличии в составе бригады всех основных специалистов: врача-психиатра или врача-психотерапевта, психолога и специалиста по социальной работе. Психообразование направлено на формирование у пациента ответственности за свое здоровье, приобретение навыков раннего распознавания болезни и навыков совладания с ее остаточной симптоматикой. Данная работа реализуется в рамках программы «Совладание с болезнью» и тренинга «Приверженность лечению», проводимых индивидуально или в группе:

- специалистом по социальной работе с участием врача-психиатра и психолога с периодичностью 1 раз в неделю и общим числом занятий 8-10 (*Кемеровская область, Хабаровский край*);

- психологом с участием врача-психиатра или врача-психотерапевта и специалистом по социальной работе с периодичностью 1 раз в неделю и общим числом занятий от 2-3 до 7-8 (*Забайкальский край*);

- психологом или специалистом по социальной работе с участием врача-психиатра с периодичностью 1-2 раза в неделю и общим числом занятий 7-10 (*Омская область*);

- всеми специалистами с равным распределением или чередованием обязанностей: ежемесячно с общим числом занятий 12 (*Республика Тыва*); 1-2 раза в месяц с общим числом занятий 1-12 (*Республика Башкортостан*); 1-2 раза в неделю с общим числом занятий 10-12 (*Вологодская область*); 1-2 раза в неделю с общим числом занятий 10-22 (*Тверская область*).

Тренинги поведенческих и коммуникативных навыков, навыков решения проблем, совладания с гневом, распознавания эмоций, независимого проживания, приобретения социальных навыков осуществляются индивидуально или в группе совместно или с распределением обязанностей между психологом, специалистом по социальной работе и социальным работником, иногда с привлечением врача-психиатра и врача-психотерапевта. Цель – коррекция дефицита социального восприятия, отработ-

ка навыков социального поведения и обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем, а также формирование и развитие навыков межличностного взаимодействия, повышение устойчивости к стрессу, стимулирование творческой активности, созидательного взаимодействия с окружающим миром. Используемые алгоритмы представлены в двух основных вариантах:

- полный набор перечисленных тренингов, проводимых 1-2 раза в неделю с числом занятий от 1-2 до 10-12 (*Вологодская и Тверская области, Забайкальский и Приморский края, Республики Башкортостан и Тыва*);

- неполный набор тренингов с периодичностью их проведения 1-3 и более раз в неделю и числом занятий от 1-2 до 5-12 (*Калужская, Омская и Свердловская области, Ставропольский и Хабаровский края*).

Алгоритмы работы с зависимостью, разработанные для пациентов психиатрических учреждений в виде ситуационного тренинга, тренинга для лиц с зависимостью от психоактивных веществ и тренинга по формированию навыков самоконтроля у пациентов с зависимым поведением могут быть сведены к:

- ведущей роли психолога в проведении тренингов с участием других специалистов 1-2 раза в неделю или 1 раз в месяц с числом занятий от 2-3 до 10-18 (*Тверская область, Приморский край, Республики Башкортостан и Тыва*);

- ведущей роли специалиста по социальной работе в проведении тренингов с участием психолога или врача-психиатра и с периодичностью 3 раза в неделю – 1 раз в месяц с числом занятий от 2-3 до 12 (*Калужская и Свердловская области, Хабаровский край*);

- сочетание указанных вариантов (*Вологодская, Кемеровская и Омская области, Забайкальский край*).

Тренинги, проводимые с родственниками пациентов, осуществляются сравнительно менее активно (нередко «по необходимости» и «в индивидуальном порядке»). Их цели – обеспечение контроля социальных и бытовых условий, нормализация стиля семейных отношений, уменьшение «бремени болезни» и стигмы, восстановление связей пациентов с родственниками и друзьями, повышение роли пациентов в семье, формирование их адекватного поведения в обществе и расширение социальных контактов. Тренинги проводятся по следующим основным алгоритмам:

- с разделением обязанностей между психологом и специалистом по социальной работе в проведении групповых тренингов от 1 раза в неделю до 2 раз в месяц с числом занятий от 1-8 до 12-20 ежемесячно и реже – в проведении работы на дому (*Вологодская, Кемеровская и Тверская области, Забайкальский край, Республика Башкортостан*);

- с совмещением обязанностей психолога и специалиста по социальной работе в проведении тренингов с периодичностью от 1 раза в неделю до 2 раз в месяц с общим числом занятий 8-10 (*Омская область, Приморский, Ставропольский и Хабаровский края, Республики Башкортостан и Тыва*).

Наименее активно и недостаточно дифференцированно в реабилитационных подразделениях проводится *профилактическая работа с персоналом*. Цель данной работы, с одной стороны, обучение персонала профессиональному взаимодействию в бригаде, а с другой – профилактика конфликтов в отделении и профилактика формирования у персонала синдрома эмоционально выгорания. Сформировавшиеся в ряде регионов алгоритмы работы сводятся к двум вариантам:

- чередующееся участие психолога и специалиста по социальной работе в реализации обучающих программ для персонала отделения с периодичностью 1-2 раза в неделю и числом индивидуальных и групповых занятий от 3-12 до 24-43 (*Вологодская, Кемеровская и Тверская области, Забайкальский край*);

- эпизодически проводимые психологом или специалистом по социальной работе занятия с персоналом отделения (*Калужская, Кемеровская и Омская области, Приморский и Хабаровский края, Республики Башкортостан и Тыва*).

Кроме уже упомянутого участия *социального работника* в проведении специалистами бригады тренингов пациентов и их родственников, социальный работник выполняет многочисленные специальные функции: во-первых, совместно с медицинской сестрой участвует в реализации программ независимого проживания пациента, восстановления у него гигиенических навыков, навыков самообслуживания, ведения домашнего хозяйства, решения бытовых проблем и рационального распределения бюджета; во-вторых, совместно со специалистом по социальной работе и инструктором по трудовой терапии участвует в реализации программ тренинга трудовых навыков и помощи в трудоустройстве; в-третьих, самостоятельно активно осуществляет инструментальную поддержку пациента и его семьи.

Анализ полученных из регионов страны данных позволил выделить следующие алгоритмы деятельности социального работника в качестве члена реабилитационной бригады:

- обеспечение независимого проживания пациента, тренинг трудовых навыков и помощь в трудоустройстве с участием других членов бригады с периодичностью от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц без оказания инструментальной поддержки (*Вологодская, Калужская, Омская, Тамбовская, Тверская области, г. Санкт-Петербург, Забайкальский, Приморский и Ставропольский края, Республики Башкортостан и Тыва*);

- реализация указанных программ с той же периодичностью и с оказанием инструментальной поддержки пациенту и его семье (*Вологодская, Калужская, Кемеровская, Омская, Свердловская области, Санкт-Петербург, Хабаровский край*) [3].

В регионах *Приволжского и Сибирского* ФО, где бригадные формы работы используются на протяжении 10-15 лет, снижение уровня первичной инвалидности вследствие психических расстройств выражено в большей мере, чем в регионах других ФО. Кроме того, увеличение

сроков использования апробированных алгоритмов психосоциальной работы способствует росту числа амбулаторных и стабилизация числа стационарных пациентов, получающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь [3].

За период с 2002 по 2012 гг. статистически значимых ($p > 0,05$) изменений в соотношении числа ФО, реализующих установленную Минздравом России [7] номенклатуру кризисных служб (КС), не произошло. Вместе с тем абсолютное число служб «Телефон доверия» в стране увеличилось в 2,1 раза, служб «Кабинет социально-психологической помощи» – в 2,4 раза, служб «Кризисный стационар» – в 1,3 раза.

Показатели распространенности суицидов в стране снизились в указанный период в 1,9 раза [4].

В организационном отношении между группами ФО с наибольшим и наименьшим темпом снижения уровня распространенности суицидов были выявлены статистически значимые различия. Меньший уровень распространенности суицидов обеспечивался медицинскими специалистами (врачи-психиатры и врачи-психотерапевты), занимавшими значимо большее число штатных должностей, чем немедицинские специалисты (психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники) [4].

По темпу снижения показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом и снижения первичной заболеваемости психозами и слабоумием *Приволжский ФО и Сибирский ФО* занимали ранговые места, близкие к среднему показателю по РФ. Это может указывать на то, что региональные психиатрические службы, входящие в состав этих ФО, по сравнению с региональными психиатрическими службами в других ФО, придерживались более взвешенной политики в плане организации своевременной диагностики психических расстройств.

Анализ показателей первичной заболеваемости ряда диагностических групп психических расстройств (с учетом их тяжести) подтвердил правомерность этого предположения. *Приволжский ФО и Сибирский ФО* по темпу снижения показателей первичной диагностики психоза и слабоумия, а также первичной диагностики умственной отсталости и в целом непсихотических психических расстройств занимали ранговые места, близкие к среднему по РФ показателю.

В *Приволжском ФО и Сибирском ФО* темпы снижения показателей первичной диагностики психических расстройств при эпилепсии также были близки к средним по РФ показателям.

В целом же за исследуемый период отмечено значительное по РФ и большинству ФО снижение диагностики психотических и непсихотических психических расстройств при эпилепсии, что может быть поставлено в связь с более ранним и более активным лечением данного заболевания врачами-неврологами, использующими новые противозаболевающие препараты.

Это предположение подтверждается тем, что темпы снижения показателей первичной диагностики непсихотических психических расстройств в целом как в среднем по РФ, так и по ФО, были значительно ниже темпов снижения показателей первичной диагностики непсихотических психических расстройств при эпилепсии.

Все ФО были близки по использованию критериев диагностики шизофрении: семь из восьми ФО мало различались между собой по темпам снижения выявляемости данного заболевания в населении. Вместе с тем особый интерес в данном отношении представляет значительное разнообразие динамика показателей первичной диагностики шизотипического расстройства, до настоящего времени относимого некоторыми психиатрами к проявлениям вялотекущей шизофрении.

В шести из восьми ФО обнаружилось значительное (от 37,1% до 54,3%) снижение показателя первичной диагностики расстройств личности в зрелом возрасте, превышающее таковое снижение при непсихотических психических расстройствах в целом. Предположительно это может быть связано со снижением негативного влияния на популяцию психосоциальных факторов риска. Правомерность данного предположения подтверждается результатами анализа динамики показателей первичной диагностики невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Темпы снижения уровня как первичной диагностики расстройств личности в зрелом возрасте, так и первичной диагностики невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств превышали средние по РФ показатели по пяти из восьми ФО: *Дальневосточному, Приволжскому, Северо-Кавказскому, Уральскому, Южному*.

Темпы снижения уровня первичной диагностики психотических и непсихотических аффективных расстройств превышали средние по РФ показатели по четырем из восьми ФО: *Приволжскому, Северо-Кавказскому, Уральскому, Южному* [1, 2].

Таким образом, отмеченное в стране снижение показателей первичной инвалидности вследствие психических расстройств, по данным статистического наблюдения, тесно связано со структурой и динамикой показателей организации психиатрической помощи и, в первую очередь, с использованием инновационных реабилитационных технологий.

Однако потребность в повышении уровня психосоциальной работы в деятельности психиатрических и психотерапевтических служб во многих ФО страны остается высокой. Необходима активизация послевузовской подготовки специалистов по социальной работе и расширение подготовки социальных работников в медицинских колледжах по уже разработанным и используемым в стране образовательным программам.

Снижение показателей суицидальности и показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами, также, по видимому, связано со структурой и динамикой показателей организации психиатрической помощи, поскольку имеет место преимущественно в тех

регионах, где психосоциальная работа осуществляется на более высоком уровне. Обоснованность данного предположения требует дальнейшего углубленного изучения.

Вместе с тем уже на основании полученных данных можно заключить, что отсутствие выраженных региональных различий в темпах снижения показателя первичной заболеваемости при шизофрении может указывать на достигнутое в стране единообразие в использовании диагностических критериев МКБ-10.

Отмечаемое в стране снижение первичной заболеваемости расстройствами личности в зрелом возрасте, первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами может быть поставлено в связь со снижением влияния в последние годы на популяцию психосоциальных факторов риска, повышения в регионах качества просвещения населения по вопросам психического здоровья.

Для определения критериев эффективности мер первичной профилактики требуется установление корреляций между показателями первичной заболеваемости психическими расстройствами и показателями эффективности реализации проводившихся в стране федеральных и региональных целевых программ по борьбе с социально значимыми заболеваниями

С той же целью могут быть проведены исследования по установлению связи между показателями первичной заболеваемости психическими расстройствами и показателями эффективности реализации Порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом России в последние годы. Одной из первоочередных задач подобного рода исследований может стать изучение вопроса о повышении в стране качества акушерской и гинекологической помощи в части ведения беременности и родов, включая проведение дородового и неонатального скрининга.

Литература:

1. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Сидорюк О.В. и др. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб Российской Федерации (2005-2013 гг.) // Статистический справочник. / Под ред. З.И. Кекелидзе и Б.А. Казаковцева. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. – 572 с.
2. Казаковцев Б.А. Региональные различия первичной заболеваемости при психических расстройствах // Психическое здоровье. – 2016 – № 3. – С. 3-13.
3. Казаковцев Б.А., Булыгина В.Г., Демчева Н.К. Значение психосоциальной работы для профилактики первичной инвалидности при психических расстройствах // Психическое здоровье. – 2013 – № 9. – С. 19-26.
4. Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Какорина Е.П., Бедина И.А., Баева А.С. Развитие служб медико-психологической помощи при кризисных состояниях // Психическое здоровье. – 2013 – № 6. – С. 3-7.

5. Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Яздовская А.В. Обеспеченность психиатрических служб специалистами с немедицинским образованием // Психическое здоровье. – 2015 – № 2. – С. 11-19.

6. Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. N 280 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2012 годы)».

7. Приказ Минздрава России от 16.05.1998 N 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

8. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Караваева Т.А.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

В настоящее время тревожные расстройства невротического уровня (тревожно-фобические, паническое и генерализованное тревожное расстройство) являются широко распространенными, склонными к хронизации заболеваниями, манифестирующим в молодом, социально активном, возрасте [1, 2, 6, 10]. Своевременное и адекватное врачебное вмешательство обеспечивает терапевтический эффект у пациентов с такими нарушениями, однако без лечения тревожные, фобические, панические проявления могут привести к неблагоприятным последствиям в виде социальной изоляции, потери трудоспособности и, в конечном итоге, к существенному снижению качества жизни [4, 5, 8].

Представлению о роли в этиопатогенезе тревожных расстройств невротического уровня биологических, психологических и социальных механизмов, выступающих в неразрывном динамическом взаимодействии, соответствует комплексный подход к лечению этих нарушений, оптимально сочетающий в себе терапевтические методы, относимые к трем основным типам – биологическим (психофармакотерапия, физиотерапия), психологическим (психотерапия и психологическая коррекция) и социальным (социоцентрированные вмешательства) [3, 5].

Адекватное применение психотропных препаратов, обладающих антитревожной и анитипанической активностью в комплексной терапии, способствует значительному снижению уровня тревожности, купированию панических состояний, созданию условий для преодоления фобий [1, 2, 4]. Выбор класса базисного препарата и комбинирование его с другими медикаментозными средствами определяется рядом факторов, в числе которых выраженность клинических проявлений, время наступления эффекта лечения, ожидаемые побочные эффекты, возможные осложнения от проводимой терапии, опыт предыдущего лечения, опасения развития синдромов отмены, условия оказания медицинской помощи и другие [7, 10].

Учитывая важность и преобладание в патогенезе невротических расстройств психологических факторов, в качестве одного из основных методов в сложном терапевтическом комплексе является психотерапия, представленная в современной лечебной практике десятками методами и форм, убедительная оценка эффективности которых чрезвычайно сложна в связи с многими факторами: неразработанностью общей теории психотерапии, трудностью выполнения принципов доказательности в исследованиях, неоднозначностью критериев оценки эффективности психотерапии и другими [4, 5, 9].

Целью работы являлась разработка принципов и алгоритмов лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) на основе доказательных исследований.

Методы, использованные для сбора / селекции доказательств: поиск в электронных базах данных. Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составила 5 лет. Источники для анализа доказательств: обзоры опубликованных мета-анализов; систематические обзоры с таблицами доказательств.

На протяжении последних десятилетий существенно изменились подходы к пониманию взаимоотношения биологических, психологических, социальных факторов в патогенезе тревожных расстройств невротического уровня. В здравоохранении сформировалась биопсихосоциальная парадигма, упрочились новые взгляды на соотношение и содержание различных видов лечения.

Развитие фармакоиндустрии, разработка новых препаратов и внедрение их в современные терапевтические стратегии лечения позволили не только добиваться более быстрого симптоматического улучшения, но и построения доверительных отношений с пациентом, усиления эффективности психотерапевтических вмешательств, сокращение сроков стационарного лечения, более широкого использования экономически предпочтительных амбулаторных методов терапии.

Соотношение психо- и фармакотерапии в лечебном процессе при невротических расстройствах гибко определяется в каждом конкретном случае. С одной стороны,

оно зависит от личности пациента, патогенеза, особенностей симптоматики, стадии заболевания, воздействий окружающих людей и обстоятельств, с другой — от имеющихся фармакологических возможностей, профессиональных представлений медицинского сообщества, научных разработок.

Чем выражены в сложном патогенезе тревожных расстройств невротического уровня биологические механизмы, тем более положительный эффект дает применение лекарственной терапии. В то же время биологические виды лечения не всегда решают стратегические задачи достижения длительного и устойчивого результата, а лишь тактические, что определяется существенной ролью психогенных факторов в формировании невротических нарушений. Однако при целенаправленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные звенья патогенеза влияние фармакологических веществ на отдельные синдромы или симптомы может приближаться к патогенетическому [1, 5, 8].

Алгоритм психофармакотерапии тревожно-фобического расстройства.

1. Антидепрессанты из различных групп, в частности, мirtазапин и малые антидепрессанты (тразодон, агомелатин) — используются для снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний.

2. В качестве препаратов для снятия эмоционального напряжения и снижения интенсивности тревожных нарушений применяются бензодиазепиновые транквилизаторы: клоназепам, альпразолам.

3. Малые нейрорептиктики — сульпирид, алимемазин — применяются для воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений.

4. Учитывая отставленный эффект антидепрессантов для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику, применяются препараты из группы небензодиазепиновых анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин).

4. Рекомендуемая длительность фармакотерапии тревожно-фобических расстройств — от 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии.

5. Возможные побочные эффекты психофармакотерапии тревожно-фобических расстройств. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления: сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

Алгоритм психофармакотерапии панического расстройства.

1. В качестве препаратов для купирования и профилактики панических приступов (panic attack) применяются бензодиазепиновые транквилизаторы — клоназепам, альпразолам.

2. Антидепрессанты из группы СИОЗС (пароксетин, флувоксамин, флуоксетин, сертралин) и малые антидепрессанты из разных групп (тразодон, агомелатин) используются для снижения уровня тревоги и эмоционального напряжения.

3. Малые нейрорептиктики — сульпирид, алимемазин, тиоридазин — применяются для воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений.

4. Учитывая отставленный эффект антидепрессантов, для быстрого воздействия на тревожную симптоматику применяются препараты из группы небензодиазепиновых анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин).

5. В качестве нормотимиков используются вальпроевая кислота, окскарбазепин, ламотриджин, прегабалин.

6. Рекомендуемая длительность фармакотерапии панического расстройства — от 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии.

7. Возможные побочные эффекты психофармакотерапии панического расстройства. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления: сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

Алгоритм психофармакотерапии генерализованного тревожного расстройства.

1. В качестве препаратов первой линии преимущественно рассматриваются СИОЗС (пароксетин, эсциталопрам, сертралин) и СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин). Доказаны эффекты трициклических антидепрессантов (кломипрамин).

2. Подтвержден анксиолитический эффект прегабалина, его влияние на психический, соматический и вегетативный компоненты тревоги, а также хорошая переносимость и высокий уровень безопасности.

3. Применение бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, феназепам) ограничивается значимыми нежелательными эффектами — седацией, снижением концентрации внимания и запоминания, нарушением психомоторных функций, риск формирования зависимости, выраженный синдром отмены, проявляющийся ухудшением состояния и усилением тревоги после прекращения приема и поэтому должно ограничиваться короткими курсами (не более 2-3 недель).

4. Среди нейрорептиктиков препаратами выбора являются кветиапин, клозапин, хлорпротиксен.

5. Рекомендуемая длительность терапии генерализованного тревожного расстройства — не менее 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии, однако в большинстве случаев целесообразен более длительный период лечения.

6. Возможные побочные эффекты психофармакотерапии генерализованного тревожного расстройства. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления – сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

Психотерапевтические мероприятия при тревожных расстройствах невротического уровня проводятся как в индивидуальной, так и в групповой форме. В настоящее время вопрос об их соотношении может решаться в соответствии с представлениями о первичных (способствующих возникновению) и вторичных (способствующих сохранению) механизмах невротической симптоматики. Поскольку первичные механизмы в большей степени связаны с внутриличностными конфликтами и историей жизни больного, а вторичные – с трудностями его межличностных отношений и актуальной жизненной ситуацией, то закономерным является сосредоточение внимания в индивидуальной психотерапии на проблематике первого и в групповой психотерапии – второго рода. Такое разграничение терапевтической проблематики носит, несомненно, условный характер, а выбор метода для решения этих задач определяется на основании комплексной оценки пациента: его личностных особенностей, внутренних установок, характера мышления, индивидуального поведенческого репертуара и др.

Одним из наиболее частых методов для лечения тревожных расстройств невротического уровня является **когнитивно-поведенческая психотерапия**. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии возникло вследствие осознания недостаточности воздействий только на внешнее поведение пациента, понимания необходимости в ряде случаев модификации познавательной (когнитивной) сферы с целью повышения эффективности терапии. Это направление ставит перед собой задачу воздействовать прямо на когнитивные процессы (мысли, ожидания, установки).

Когнитивная модель фобий. При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги. Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций (например, страх высоты, страх собак). При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что могут вызывать как раз то, чего он боится.

Когнитивная модель панического расстройства. Пациенты с паническим расстройством склонны рассмат-

ривать любой необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их витальные системы — сердечно-сосудистая, респираторная, центральная нервная — потерпят крах. Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический когнитивный дефицит: они неспособны реалистически воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют.

Когнитивная модель генерализованного тревожного расстройства. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности.

Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии для тревожных расстройств невротического уровня являются: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание.

Для лечения тревожно-фобического, панического и генерализованного тревожного расстройств используются следующие техники в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии.

1. Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией *in vivo* для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.

2. Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре ПА. В связи с тем, что на фоне стресса возникает диспноэ, которое оценивается, как угрожающее здоровью и провоцирует или усиливает страх, вызванный внешними тревожными стимулами, рекомендуется проводить тренинг по контролю дыхания с последующей когнитивной реатрибуцией значения симптомов. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.

3. Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.

4. Интероцептивная экспозиция. Проведение упражнений, обеспечивающих ощущения, сходные с паническим приступом, к примеру, ингаляция углекислого газа, проведение сердечно-сосудистых нагрузочных проб или физических упражнений, гипервентиляция, вращение в кресле, повторные инфузии лактата натрия.

5. Экспозиция *in vivo* проведение повторных приближенных к условиям реальности поведенческих тренингов, особенно показано при наличии агорафобии. Может проводиться в различном режиме, с участием

психотерапевта или специально обученной медсестры или самостоятельно, дозированно или массивно, с длительным погружением в ситуацию или с возможностью из нее уйти.

6. Привлечение / отвлечение внимания. Внимание пациента при экспозиции может полностью сосредотачиваться на фобических переживаниях, когда пациент полностью сосредотачивается на своих ощущениях и мыслях, напоминая себе о необходимости не отвлекаться. Другой вариант, отвлечения внимания путем выполнения когнитивных заданий по типу счета, рифмования слов, инструктируя себя о необходимости отвлекаться от тревожных мыслей и образов.

Другим эффективным методом для лечения тревожных расстройств невротического уровня является **краткосрочная интерперсональная психотерапия**. Целью этого метода психотерапии являются конструктивные изменения, прежде всего, в межличностной сфере. Они достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку межличностных проблем пациента и коррекцию его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия.

В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики. Задачи психотерапии также фокусируются, в основном, на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект). Использование в лечении больных с тревожными расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данной группы больных – нарастание ограничительного поведения, приводящего к сужению социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитность коммуникативной системы и др. Преимущество межличностного подхода заключается в том, что пациент выходит из состояния изоляции, создаются условия для установления контактов с другими людьми, возникает возможность для формирования более адекватной самооценки.

Проведение данного вида психотерапии способствует активизации и усилению фактора универсализации, который у данного контингента больных проявляется в изменении и снижении чувства уникальности собственного расстройства, связанного со страхом смерти, сумасшествия, потери контроля. В конечном итоге, это приводит к изменению устойчивых неадаптивных стереотипов поведения.

При краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии основные терапевтические интервенции проводятся на динамически-современном уровне развития группы в противоположность генетически-рег-

рессивному. Как правило, акцентируется внимание на легко поддающихся наблюдению преходящих выражениях осознаваемых потребностей и поведенческих паттернов, групповых ролей, симпатий и антипатий, а также на особенностях структуры группы.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к отечественному варианту психодинамического направления. Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корректирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах), причем индивидуальная психотерапия, в отличие от групповой, сфокусирована в большей степени на когнитивных аспектах.

Целями личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии являются:

1) глубокое и всестороннее изучение личности больного: специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей;

2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики;

3) достижение у больного осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием;

4) изменение и коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом;

5) при необходимости помощь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии также лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой и к ним относятся: конфронтация, корректирующий эмоциональный опыт, научение.

Конфронтация – столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса.

Корректирующий эмоциональный опыт (или корректирующее эмоциональное переживание) включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку.

Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут, как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку; повышает степень самоуважения; производит корректирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности. Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества; облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм: повышает его ответственность и активность в психотерапевтическом процессе; создает условия для самораскрытия.

Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

Включение психотерапевтических мероприятий в комплексное лечение пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня наряду с биологической терапией и соционаправленными вмешательствами, привлечение специалистов различной направленности на основе бригадного подхода обеспечивает эффективное лечебное воздействие, основанное на биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, и создает возможность применения персонализированной терапии.

Качественная организация медицинской помощи пациентам с тревожными расстройствами невротического уровня (тревожно-фобическими, паническим, генерализованным тревожным расстройствами), с учетом основных тенденций изменения психофармакологических, психотерапевтических и реабилитационных стратегий, использование комплексных и интегративных подходов, привлечение для участия в лечении различных специалистов позволяет не только решать задачи повышения эффективности и скорейшего выздоровления пациентов, но и добиваться большей рентабельности терапии.

Литература:

1. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. *Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты)* – М.: Эйдос Медиа, 2004. – 408 с.
2. Залуцкая Н.М. *Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и терапии. Часть 2. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии.* – 2014. – № 4. – С. 129-134.
3. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Мельникова Ю.В., Саврасов Р.Г. *Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. // Социальная и клиническая психиатрия.* – 2013. – Т. 23. – № 4 – С. 45-50.
4. Литвинцев С.В., Успенский Ю.П., Балухова Е.В. *Новые возможности терапии тревожных расстройств // Российский психиатрический журнал.* — 2007. — № 3. — С. 73–79.
5. Полторац С.В., Караваева Т.А., Васильева А.В. *Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков // Вестник психотерапии.* – 2013. – №47(52). – С. 29-37.
6. Behar E., Borkovec T.D. *The nature and treatment of generalized anxiety disorder. In: B.O. Rothbaum (Ed.) The nature and treatment of pathological anxiety: essays in honor of Edna B. Foa.* – New York: Guilford, 2005. – P. 181-196.
7. Hoehn-Saric M.D., McLeod D.R., Funderburk F., Kowalski P. *Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder. An ambulatory monitor study // Archives of General Psychiatry.* – 2004. – 61. – P. 913-921.
8. Mennin D.S., Heimberg R.G., Turk C.L., Fresco D.M. *Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder // Behaviour Research and Therapy.* – 2005. – 43 – P. 1281-1310.
9. Roy-Byrne P.P., Craske G., Stein M. *Panic disorder // The Lancet.* – 2006. – Vol. 368, № 9540. – P. 1023–1032.
10. Wittchen H-U. *Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. // Depress. Anxiety.* – 2002. – 16 – P. 162-171.

МЕТОДЫ «ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ» КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОГИ

Ковпак Д.В.

*Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии,
Российская психотерапевтическая ассоциация,
Санкт-Петербург*

На протяжении последних двух десятилетий ряд исследователей и методологов психотерапии стали выделять среди вновь возникших за последнее время видов когнитивно-поведенческой терапии тенденцию к выделению так называемой «третьей волны». К первой волне они относят поведенческую терапию, ко второй – когнитивную, раскрывшую «черный ящик» промежуточной переменной, а третью волну характеризуют выходом за пределы когнитивной сферы психики человека.

Компилируя данные методологов, можно выделить в ряду основных видов когнитивно-поведенческой терапии третьей волны следующие варианты:

1. Терапия, основанная на осознанности редукция стресса — Mindfulness Based Stress Reduction (Kabat Zinn, 1990).
2. Когнитивная терапия, основанная на осознанности — Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal et al., 2002).
3. Терапия принятия и ответственности — Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).

4. Диалектико-поведенческая терапия — Dialectical behavior therapy (DBT) (Linehan, 1996).

5. Функционально-аналитическая терапия — Functional analytic psychotherapy (FAP) (Kohlenberg, Tsai, 1991).

6. Схемотерапия — Schema Therapy (Young, 1990).

7. Десенсибилизация и переработка движениями глаз — Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989).

8. Метакогнитивная терапия — Metacognitive Therapy (Clark, Wells, 1994).

9. Терапия ориентированная на участие (сострадание) — Compassion focused therapy (CFT) (Gilbert, 2005)

10. Когнитивная аналитическая терапия — Cognitive analytic therapy (CAT) (Ryle, 1990).

В первых трех направлениях концепт Mindfulness является центральным компонентом, в 4м, 5м и 8-м — дополнительным. 3,4 и 5 виды одновременно относятся к прикладному анализу поведения (АВА).

Mindfulness обычно передается термином «безоценочное осознание». 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 принятию. 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.

В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается рост интереса к изучению концепции осознанности как психологического конструкта и как формы психотерапевтического вмешательства для профилактики и лечения разных форм психоэмоциональных расстройств и психической патологии. Исследование феномена осознанности в контексте научного изучения в клинической психологии и психотерапии началось в 1980-х годах и на сегодняшний день оформилось в самостоятельное направление. В современной психологии принято разделять два термина: осознанность (англ. awareness) и внимательность (англ. mindfulness). Осознанность обычно трактуется как способность произвольно сосредоточивать внимание на текущих событиях и ощущениях, произвольно переключать внимание с одних предметов на другие, управляя за счет этой произвольности процессом фокусировки.

В переводе с английского «mindfulness» означает «внимательность, памятьливость». Изначально это слово использовалось (а некоторые авторы утверждают, что было специально «изобретено») для перевода с пали буддийского термина «сати» (санскр. «смрити», тиб. Drenpa). В палийских текстах слово «сати» на русский язык обычно переводят как «внимательность», но в действительности это понятие имеет более широкий смысл. Майндфулнесс — это осознанность или более функционально — направление внимания на текущий момент и бесстрастная, нереагирующая, принимающая все таким как есть осведомленность о нем.

Буддийские приемы культивирования «сати» (осознанности) были адаптированы западной психологией в 80-х гг. XX века. К настоящему времени концептуально mindfulness достаточно далеко ушел от своих восточных корней, вписался в контекст западной психотерапии, практической психологии и даже нейронауки. Сегодня говорят о существовании самостоятельного mindfulness approach (майндфулнесс-подхода) в психотерапии.

Джон Кабат-Зинн (одним из первых ввел этот термин в научный и практический оборот) — определяет mindfulness как «безоценочную осведомленность, возникающую в результате сознательного направления внимания на настоящий момент развертывающегося опыта». В своей работе «Coming to our senses» он утверждает: «Mindfulness может рассматриваться как делящаяся от одного момента к другому, не основанная на рассуждениях осведомленность, вырабатываемая благодаря направлению внимания особым образом: то есть на текущий момент, максимально нереагирующим образом и с открытостью сердца». Другой авторитет, Бишоп дает следующее определение: «Mindfulness — это саморегулирование внимания с тем чтобы оно направлялось на текущий опыт таким образом, чтобы усилить распознавание психических событий имеющих место в данный момент... ему присущи такие качества как «любопытство, открытость, принятие».

В Institute for Meditation and Psychotherapy используется самое краткое определение «Mindfulness — осведомленность о настоящем моменте с его принятием». В работе «The Mindful Waythrough Depression» под mindfulness понимают «внимание, которое мы направляем намеренно, на настоящий момент, безоценочно к существующему положению вещей».

Эти техники не новость и открытие для человеческой цивилизации. Многие из них даже являются прямыми заимствованиями из условно обозначаемыми как «восточные практики» техническими приемами, например, буддизма. В южной ветви буддизма — школе Тхеравады — уже не первое тысячелетие большое внимание уделяется осознанию различных психических процессов и бесстрастному наблюдению за ними. Школа Дзен строится на осознании происходящего в данный момент в повседневной жизни. Под влиянием буддийских школ в статьях различных западных исследователей появляются такие термины, как «принятие своего опыта («acceptance

of experience») (Hahn, 1998; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), «сострадательное отношение к себе и страданиям других» (Gilbert, 2005), «способность к безоценочному самонаблюдению» (Kabat-Zinn, 1990). Безусловно, психология со времени своего появления старалась проникнуть в суть подобных явлений и феноменов, практик и традиций, стараясь описать их феноменологически и каузально посредством научного языка. В свое время такие формы терапии как, например, гештальт давали свой контекст и язык описания данных процессов и феноменов. Видимо, пришло время когнитивно-поведенческому направлению психотерапии, вслед за экзистенциально-гуманистическим, приступить к переработке и описанию на своем терминологическом языке богатого наследия так называемых духовных практик и традиций.

Снижение стресса с помощью осознанности (Mindfulness-based stress reduction, MBSR) — это программа созданная Джоном Кабат-Зинном в медицинском центре университета Массачусетса. Программа была разработана для помощи людям с хроническим дистрессом, хронической болью и другими дисфункциями. Рандомизированные контролируемые клинические исследования продемонстрировали значительную положительную динамику пациентов с хроническим болевым синдромом, прошедших программу MBSR.

Когнитивная терапия, основанная на осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) — это вид терапии «третьей волны», основанной на когнитивно-поведенческой терапии и практиках осознанности. Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии. MBCT разрабатывалась как подход к предотвращению рецидивов, использующийся во время ремиссии. Зиндел Сигал, Джей Марк Уильямс и Джон Тисдейл создали основанную на осознанности когнитивную терапию в значительной степени приспособившая MBSR, с целью предотвращения рецидивов депрессии. Авторы подхода высказывали опасения, что интенсивность негативного мышления и трудности концентрации в активной фазе депрессивного расстройства помешают получить необходимый эффект от терапии. Однако результаты сравнения эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии второй волны и MBCT для лечения пациентов в период активного депрессивного эпизода показали схожую эффективность обоих методов. У значительного числа пациентов наблюдалась существенная редукция симптомов депрессии. В исследованиях указывается на тот факт, что многие пациенты продолжают использовать техники осознанности после прохождения курса MBCT, убеждаясь в их полезности. Устранение депрессивной симптоматики приводит к редукции хронического болевого синдрома. Представления и убеждения о боли могут быть культурально и социально обусловлены, находиться под влиянием личностных predispositions, включать в себя копинг стратегии преодоления и совладания.

MBCT противопоставляет дисфункциональным мыслям ряд метакогнитивных навыков:

- способность занимать метапозицию по отношению к потоку своего мышления;
- способность осознавать текущий поток внутренних и внешних раздражителей;
- принятие определенной ориентации к опыту своих переживаний как к относительному и проходящему, включая отношение любопытства, открытость и принятие;
- способность произвольно переключать свое внимание с одного аспекта опыта на другой.

Принятие — один из ведущих принципов и приемов практики майндфулнесс. Принятие — это настолько могущественный фактор трансформации, что он лег в основу самостоятельного вида психотерапии — АСТ — Acceptance and Commitment Therapy — Терапии Принятия и Ответственности. Основная идея этого подхода состоит в том, что с какими бы переживаниями не столкнулся человек, он способен принять их и действовать, невзирая на них, в соответствии со своими внутренними ценностями.

Следует отметить, что «принятие» в контексте осознанности не следует отождествлять с пассивностью или отстраненностью. В большей степени, принятие в данном контексте относится к способности испытывать события во всей их полноте, не прибегая к одной из крайностей, как например, чрезмерной озабоченности, избеганию или подавлению опыта. Как отмечал Д. Кабат-Зинн: «Принятие — это не пассивное подчинение, а акт распознавания того, что вещи таковы, какими они являются. Иногда они не такие, какими мы бы хотели их видеть. Принятие не означает, что мы не можем работать над тем, чтобы поменять мир или изменить те или иные обстоятельства. Но это означает, что пока мы не примем вещи такими, какие они есть, мы будем пытаться заставить вещи быть тем, чем они не являются, и это может породить многочисленные трудности. Некоторые вещи тяжело принять. Например, иногда вы испытываете боль в теле и не знаете, отчего это происходит. Это очень и очень тяжело принять, потому что в первую очередь вы хотите знать, в чем причина происходящего и устранить ее. И если у вас нет ответа на вопрос о причине боли, может быть очень и очень трудно принять это. Но что мы обнаружили при работе с пациентами с хроническими болями, так это то, что прежде чем по-настоящему работать с болью и страданием, нужно развернуть для боли и страдания ковровую дорожку с надписью «Добро пожаловать» и принять их такими, какие они есть».

Задача терапии, основанной на осознанности, «вернуть человека в настоящее», фокусирует внимание человека на проживании настоящего момента для того, чтобы избавить его от избыточной стереотипичности и автоматизированности мышления, содержащего дисфункциональные паттерны.

В отличие от традиционной когнитивно-бихевиоральной терапии, условно выделяемой «второй волны», терапия, основанная на осознанности, ставит перед собой задачи не изменить содержание мыслей, а лишь со-

средоточиться на отношении человека к этому потоку и его содержанию. Задача этой терапии — научить человека воспринимать собственные состояния без веры в то, что они объективны и отражают реальность. В данном подходе тренируется неосуждающее и безоценочное восприятие, в том числе негативных эмоциональных переживаний, физиологических дисфункций как проходящих и небесконечных. Технически это предполагает развитие у пациентов/ клиентов навыка безоценочного содержания негативных мыслей в качестве ментальных событий, элементов собственного внутреннего поведения, а не как фактов и элементов реальности.

Acceptance and Commitment Therapy (АСТ, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) — это модель поведенческой психотерапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (мыслями, чувствами, действиями, ощущениями) и когнитивной спутанности с одной стороны и побуждение клиента развивать поведение, направленное на реализацию персональный ценностей (жизненных смыслов). Целью АСТ является увеличение психологической гибкости, то есть осознанного контакта с текущим моментом и способности выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответствии с выбранными ценностями. С точки зрения подхода АСТ, избегание опыта происходит в связи с нашей способностью оценивать, предсказывать и избегать события. Созданный в начале 1980-х годов американским психологом Стивеном Хайесом АСТ использует метафоры, парадоксы и практики осознанности, а также широкий спектр упражнений и ценностных интервенций. По своей сути, АСТ — это поведенческая терапия, поскольку речь идет о совершении конкретных действий. В АСТ есть и существенная экзистенциальная составляющая, поскольку важно быть в контакте с тем, что действительно представляет ценность. Мы можем использовать эти ценности, чтобы двигаться вперед и быть вдохновленными и мотивированными. Кроме того, действия направляются ценностями, этот подход внимательных и осознанных действий — когда мы полностью открываемся и полностью включаемся во все, что мы делаем. АСТ получила свое название от одного из своих основных смыслов: принятие того, что находится за пределами личного контроля, и ответственность за свою жизнь, выборы делать то, что ее развивает и обогащает. Цель АСТ в том, чтобы помочь нам создать насыщенную, полную и осмысленную жизнь, одновременно принимая все трудности и даже боль, которую жизнь неизбежно приносит. Но на пути реализации человеком своих ценностей лежит целый ряд преград и препятствий.

Метакогнитивная терапия (МСТ) (Wells, 1995, 2009) основана на саморегуляторной модели управления функциональностью (S-REF) (Wells & Matthews, 1994, 1996). Она представляет собой новые разработки в понимании причин проблем с психическим здоровьем и их терапии. основополагающий ее принцип заключается в том, что периоды негативного мышления, использования стрессогенных убеждений и негативных эмоций представляют собой достаточно распространенную и нормальную

часть человеческой жизни, но все это может развиваться чрезмерно, усилиться и длиться подолгу в зависимости от того, какой когнитивный стиль и копинг-стратегии использует человек для их переработки. Причиной расстройства (в том смысле, что все это начинает длиться чрезмерно долго) является токсичный стиль мышления, который получил название когнитивного синдрома внимания (CAS), и который является продуктом метакогнитивной деятельности.

Метакогниция – это сфера мышления, которая несет ответственность за регулирование и оценку мышления. Область метакогнитивных исследований сформировалась в контексте психологии развития и исследований памяти.

Когда была предложена саморегуляторная модель управления функциональностью (S-REF), А. Веллс с коллегами предложил рассматривать метакогниции, в том числе и для понимания того, как формируются, развиваются и поддерживаются психологические расстройства (Wells & Matthews, 1994, 1996). В рамках теории S-REF возникновение любого психологического расстройства связывается с активацией стиля мышления, который называется CAS. Он включает в себя три компонента: 1) преобладание вербальной активности концептуального характера в форме беспокойства и руминации; 2) тенденция удерживать внимание на источниках угрозы; и 3) копинг-поведение, нарушающее саморегуляцию или приобретение новой информации, которая может изменить ошибочное знание.

CAS представляет собой ответ личности на внутренние события и является специфической констелляцией когнитивного и поведенческого стилей совладания. Продолжительная переработка информации в форме беспокойства или руминации имеет возможности волевого контроля. Беспокойство состоит преимущественно из длинных цепочек мыслей, с помощью которых человек ищет ответы на вопросы о том, как справиться с потенциальной угрозой либо избежать ее. Описать такое мышление можно следующим образом: запускают его мысли типа “Что, если со мной случится беда?”, за которыми следует развернутый внутренний диалог, в ходе которого человек пытается найти решения, которые помогут предотвратить опасности, подстерегающие в будущем. Руминация представляет собой концептуально сходный процесс, но обычно он ориентирован на прошлое. Руминации направлены на поиск причины неудач и проблем, попытки осмыслить прошлое и текущие состояния и совладать с ними.

Следующий аспект CAS — это мониторинг угрозы, он подразумевает удержание внимания на источниках угрозы. Таковые могут представляться человеку внутренними (внутрилическими), как, например, в случае фиксации внимания на телесных ощущениях и дискомфорте при паническом расстройстве, агорофобии, так и впечатлениях от себя в рамках социальной фобии. Они также могут быть и внешними, такими как, например, отслеживание признаков загрязнения или возможной инфекции при об-

сессивно-компульсивном расстройстве (OCD), активное сканирование окружения на предмет потенциальных источников опасности при посттравматическом стрессовом расстройстве (PTSD).

Третьим структурирующим компонентом CAS являются формы совладающего поведения, включающие избегание, попытки подавить свои мысли директивно, а также использование психоактивных веществ для регуляции мыслей и эмоций. Эти стратегии порой могут помочь краткосрочно облегчить страдание, но дают полноценного избавления от проблем. А порой даже дают обратный результат, например, прямое подавление мыслей не дает стабильных результатов и может привести к формированию устойчивого страха потери контроля.

В качестве ведущей формы терапии Веллс предлагает развитие состояния беспристрастного произвольного внимания («detached mindfulness» – DM). Данный конструкт возникает в теории саморегуляции переработки информации при эмоциональных расстройствах (Веллс, Мэттьюс, 1994) и рассматривается как метакогнитивное состояние, которое способствует повышению психологической гибкости при психических расстройствах. Это осведомленность по поводу автоматической и непровольной смены потока внутренних явлений, в первую очередь, мыслей. В таком состоянии личность «когнитивно децентрирована». Мысли рассматриваются как объекты психики, отделенные от реальности, а не как факты реальности, требующие проверки. Техники достижения DM призваны изменить стиль мышления и характер отношений личности с собственными мыслями и эмоциями. Технически, предлагается отказаться от борьбы с мыслями и напротив, принимать их безоценочно и целиком, такими, какие они есть. Предлагается отношение к мыслям как к потоку (воды, волн, автомобилей и т. д.). Центральной задачей перед пациентом обозначается не попытка избавиться от мыслей, а процесс их принятия и бесстрастного, безоценочного наблюдения за ними. Предлагается буквально «дать им спокойно возникнуть», не стараться никаким образом их изменить, а просто «наблюдать» процесс их возникновения в мышлении и последующей трансформации.

Используются также и аудиально ориентированные техники – тренировка внимания на окружающих звуках. Внимание состоит из трех составляющих: избирательность (селективность) внимания (selective attention), переключение внимания (attention switching), распределение внимания (divided attention). Реализация техники длится около 15 минут: 8 минут посвящается избирательности внимания, 5 минут – быстрому переключению внимания, 2 минуты – распределению внимания на высоком уровне в течение всей процедуры. Несколько звуков предъявляются непосредственно в кабинете консультирования, дополнительные звуки, различимые как внешние, раздаются неподалеку от комнаты и далеко от нее. В целом рекомендуется использовать 6–8 звуков как мишени внимания, переключающие его с провоцирующих дискомфорт мыслей.

Мы в нашей практике давали схожие упражнения для наших тревожно-фобических и психосоматических пациентов, которые были описанные в методических рекомендациях 1999 г. и научно-популярном руководстве «Антистресс-тренинг» 2004 г., в частности, упражнение «Как научиться меньше думать» (переключение с внутреннего на внешнее).

Таким образом, мы можем наблюдать значимую динамику и эволюцию когнитивно-поведенческого подхода и направления психотерапии, которые позволяют справиться с болью гораздо более широкому контингенту пациентов за счет привлечения нового психологического инструментария и «переоткрываемых» КПП с переводом на научный язык описания методов восточных практик, таких как осознанность (майндфулнесс) и принятие.

Литература:

1. Кабат-Зинн Дж. *Куда бы ты ни шел — ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни*. Пер. с англ. М. Белобородовой. — М.: Независимая фирма «Класс», Издательство Трансперсонального института, 2001. — 208 с.
2. Каменюкин А.Г., Ковпак Д.В. *Антистресс-тренинг* — СПб.: Питер, 2004 — 192 с.
3. Ковпак Д.В. *Олимпийское спокойствие. Как его достичь?* — СПб.: Питер, 2014 — 208 с.
4. Ковпак Д.В. «Тетья волна» когнитивно-поведенческой терапии. *Майндфулнесс в терапии хронической боли // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. — Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. — СПб.: «Альта Астара» — 2015. — 158 с.*
5. Лайнен, Марша М. *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ.* — М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. — 592 с.
6. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. et al. *Mindfulness: A pro-posed operational definition // Clinical Psychology: Science and Practice. — 2004. — Vol. 11. — P. 230–241.*
7. Chiesa A., Serretti A. *Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis // J. Altern. Complement Med. -2009. — 15(5): 593 — 600.*
8. *Clinical handbook of mindfulness. / Didonna F. (Ed.). — New York: Springer, 2009.*
9. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. — New York: Delta, 1990.*
10. Wells A. *Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques // Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy. — 2006. — Vol. 23, №4.*

СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ (С ОТКРЫТЫМИ ДВЕРЯМИ) И ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР КАК НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА В СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В. М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Психическое (ментальное) здоровье, согласно определению ВОЗ, рассматривается как состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой потенциал, справляться с жизненными стрессами, продуктивно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. Следовательно, психическое здоровье — комплексное понятие, которое обусловлено множеством факторов (социальных, биологических, психологических и др.), в том числе возможностями со стороны общественного здравоохранения контролировать психические расстройства.

Идеи нестеснения в психиатрии восходят к Пинелю и Эскиролю. В России энергичным проводником этих идей был С.С. Корсаков. Современный процесс гуманизации психиатрической помощи, который можно рассматривать в качестве нового этапа реализации идей нестеснения, начался в 1960-е годы. Как известно, значительный прорыв в области медикаментозного лечения психических расстройств способствовал развитию психосоциальной реабилитации в психиатрии.

Реабилитация психически больных и инвалидов является важной практической частью социальной психиатрии и представляет собой междисциплинарную проблему – клиническую, биологическую, психологическую и социальную.

Современная модель биопсихосоциальной реабилитации, основанная на холистическом подходе к диагностике психических расстройств [4; 10], представляет собой одно из наиболее динамично развивающихся и, в то же время, одно из сложнейших направлений клинической, социальной, общественной и организационной психиатрии. Современная модель психосоциальной реабилитации должна: включать в себя комплекс междисциплинарных программ и мероприятий, проводимых на различных уровнях (от пациента до государства и общества); учитывать взаимное влияние присущих данной модели факторов; определять клиническую, социальную и экономическую эффективность проводимых мероприятий [10]. Такая модель предусматривает динамическое использование отдельных компонентов восстановительного лечения (психофармакотерапия, психологическая коррекция/психотерапия, социальная помощь), учет этапов оказываемой пациентам помощи, включая этап определения дифференцированных мишеней на основе оценки потребностей сферы больных и формирования мотивации у пациентов, а также этап собственно реабилитационной работы и ее оценки. При этом отмечается, что факторами, влияющими на эффективность реабилитации, являются характеристики клинической картины, течения заболевания, исходный уровень социального функционирования в областях социально-полезной деятельности и социальных взаимоотношений, который связан с показателями когнитивных функций, особенности микросоциальной среды, уровень заинтересованности и информированности пациентов и их родственников [8].

Современная биопсихосоциальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, требует и оптимизации организации форм психиатрической помощи, что является одной из широко обсуждаемых проблем психиатрии, начиная с 2000-х годов нашего столетия. Признанным направлением совершенствования психиатрической помощи является перераспределение приоритетов в объеме различных ее видов с преимущественным развитием стационарозамещающих и внебольничных организационных форм. Преимущества полустационарных учреждений, основанные на апелляции к личности и принципе «нестеснения», выражаются в том, что эта форма помощи защищает все законные права пациента, увеличивает доверие к службе, позволяет избежать «шока выписки», осуществляя плавный переход «больница (клиника) – дом», и способствует тем самым раннему обращению к врачу, началу лечения и профилактике инвалидизации, а также оптимальной ресоциализации больных [9].

Именно с требованиями реабилитационного направления М. Гтыг [11], связывает целесообразность экстремуральной психиатрической помощи, которая расценивается им как достижение даже при равной кли-

нической эффективности внеинституциональной и стационарной терапии. Поэтому соблюдение приоритета и дальнейшее развертывание экстремуральных форм психиатрической помощи является одной из приоритетных задач реформирования психиатрической помощи.

В рамках рассматриваемой концепции реабилитации как новая и перспективная представлялась такая форма помощи психически больным как **комплекс «дневной-ночной стационар** (дневное пребывание, кратковременное круглосуточное лечение во внебольничных условиях). Основные принципы работы данного структурного образования были подробно изложены в монографии А.П. Коцюбинского с соавт. [3]. Среди этих принципов можно выделить следующие: 1) **режимы пребывания** (режим дневного стационара – основной режим, режим частичной недели режим круглосуточного пребывания, индивидуальный режим); 2) **режим активности** (щадающий режим, режим обычной активности, активирующий режим); 3) **режимы наблюдения** (режим усиленного наблюдения, режим обычного наблюдения); 4) **организация лечебного коллектива на основании принципов самоуправления и самообслуживания больных**; 5) **фармакобиологические методы лечения**, которые включают в себя следующие основные принципы: а) исходным принципом дифференцированной биологической терапии (лечебной стратегии) является установление оптимального соответствия основных направлений лечебных воздействий клиническим проявлениям болезни. При этом лечебную тактику определяет сложное переплетение в клинической картине процессуально-биологического и психогенно-личностного, что нередко сопрягается с выявлением побочных эффектов, измененной чувствительности больных к лекарствам (парадоксальность эффекта повышенная реакция или же резистентность к фармакологическим воздействиям) и их склонности к фиксации и вторичной переработке при лечении побочных эффектов; б) следует избегать крайностей, когда «из осторожности» или вследствие негативной установки пациента на фармакотерапию лечение проводится недостаточно активно, заниженными дозами, так как неэнергичное, излишне «растянутое» начало лечения способствует формированию терапевтической резистентности, а задержка на малых дозах препаратов чревата опасностью «застревания» психопатологической картины, ее фиксации и способствует формированию терапевтической резистентности. Необходимо быстрое наращивание доз лекарств, использование различных способов их введения. С другой стороны, «задержка» лечения на больших дозах нейролептиков является также негативным фактором, так как способствует появлению отставленных побочных эффектов фармакотерапии, а также затруднению межличностных контактов, «реализация которых и так нарушена у больных в силу самой природы шизофренического процесса, что позволяет говорить о психофармакогенной депривации» [1]; в) при назначении лечения важно также учитывать не только наблюдаемые фармакологические феномены, но и субъективную

реакцию больных, и при необходимости корректировать отношение пациента к тому или иному препарату, способу его применения и возникающим при этом эффектам. Для поддержания высокого уровня терапевтического комплаенса (соблюдение режима приема лекарств) важен не только хороший контакт врача с пациентом, но и осведомленность больного и родственников, относительно существующих у него симптомов и предполагаемого воздействия на них рекомендуемых препаратов [6]. Этой цели отвечает использование психообразовательной программы для больных и их родственников в виде семинаров и групповых занятий; в) пребывание больного во время лечения вне больницы делает особенно важным предотвращение судорожных явлений, фармакогенной депрессии максимальное смягчение экстрапирамидных расстройств и других побочных эффектов приема нейролептиков. В связи с этим необходимым оказывается широкое применение корректоров, особенно у инициальных больных и при наличии органически измененной почвы, когда склонность к развитию этих явлений особенно велика; г) родственники больных должны быть хорошо информированы об особенностях действия психотропных средств и возможных побочных явлениях и мерах рекомендуемых в случае их возникновения. В условиях некруглосуточного наблюдения это позволяет, с одной стороны, раньше обнаруживать те или иные осложнения, а с другой – избежать формирования у родственников негативной установки по отношению к проводимому лечению; **5) психотерапевтические методы лечения**, которые на практике в системе реабилитации больных эндогенными психическими расстройствами определяются представлением клинициста о возможностях существующих биологических и психотерапевтических методов лечения, их соотношении при лечении конкретного больного и адекватности выбранных врачом терапевтических целей адаптационно-компенсаторным возможностям пациента. И то, и другое определяется, в итоге, взглядами врача на этиологию и патогенез эндогенных психических нарушений.

Современные научные представления отдают приоритет адаптационной теории эндогенных психозов, предполагающей взаимодействие между специфической (в отношении психических расстройств) биологической уязвимостью индивида, стрессорными воздействиями среды и объемом индивидуальных и социальных ресурсов, позволяющих устранять или компенсировать развивающиеся после манифестации заболевания нарушения.

Следовательно, «участниками» патологического процесса являются три составляющие: 1) биологическая уязвимость; 2) психологические ресурсы, определяющие объем усвоенных пациентами в процессе их индивидуального развития способов реагирования на различные стрессовые ситуации; 3) социальные ресурсы, определяющие уровень стрессогенности (агрессивности/протективности) окружающей среды. Соотношение индивидуальных и социальных ресурсов, противодействующих биологическим детерминантам заболевания, определяет воз-

можность устранения или компенсации развивающихся болезненных нарушений. Эта модель позволяет выделить главные направления в терапии психозов вообще и вытекающие из них конкретные психотерапевтические и психосоциальные мишени. Если отбросить две крайние точки зрения — о неограниченных возможностях психотерапии эндогенных психозов и о полной ее бесполезности, то остается широкое пространство, где врач имеет возможность комбинировать различные терапевтические мероприятия, зависящие от преобладания биологической, психологической или социальной составляющей в механизме дезадаптации пациента [3]. Таким образом, полученный нами опыт использования комплекса «**дневной-ночной**» стационар позволяет сделать выводы о следующих преимуществах такого рода психиатрического учреждения.

1. Использование комплекса «дневной/ночной» стационар позволяет **значительно расширить терапевтические возможности** учреждений частичной госпитализации, сократив тем самым количество пациентов, госпитализируемых в психиатрические больницы.

2. Терапевтические возможности комплекса «дневной/ночной» стационар» сравнимы с таковыми в психиатрических больницах; при этом **экономические преимущества** учреждений частичной госпитализации ни у кого не вызывают сомнений.

3. Лечение пациентов в условиях комплекса «дневной/ночной» стационар существенно **сокращает время круглосуточного пребывания больных**, то есть их изоляции от привычных условий жизни, что снижает вероятность развития госпитализма.

4. Проведение лечебно-восстановительных мероприятий в условиях комплекса «дневной/ночной стационар» позволяет осуществить **преимущество в реабилитационном процессе на всех его этапах от остро психического состояния до стабилизации ремиссии** и подбора адекватной поддерживающей терапии.

Однако дальнейшему развитию такой формы работы **препятствует положение, согласно которому в комплексе дневной/ночной стационар пациент может находиться круглосуточно не более, чем на протяжении 10 дней**, что вступает в противоречие с имеющейся практикой, снижает реабилитационный потенциал этого типа учреждения и затрудняют превращение его в **принципиально новую форму психиатрической помощи**.

Имеющийся опыт в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева позволяет убедительно говорить о целесообразности создания и апробации **новой организационной формы реабилитации психически больных**, которая заключается в функционировании **на единой территории стационарного отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара**, что позволяет гибко и быстро менять условия содержания больных, позволяя проводить достаточно интенсивное лечение при условии минимального нахождения больных в условиях кругло-

суточного стационарного содержания. Это способствует сохранению для пациента положения, когда он, получая интенсивное лечение, в целом остается активным вовлеченным в события жизни, имеющие для него особый личностный смысл, способствует повышению его заинтересованности в достижении оптимальных результатов лечения и благоприятствует сознательному участию в лечебном процессе.

На наш взгляд, преимущества организации такого отделения могут заключаться в возможности сформировать необходимую персонализированную реабилитационную программу пациента, составными компонентами которой являются фармакотерапия, психотерапия и социотерапия. Персонализированный подход к фармакотерапии заключается в возможности динамической смене режимов пребывания (а, следовательно, и в возможностях интенсификации лечебных воздействий) в условиях комплекса **«круглосуточный стационар/дневной стационар»** на одной территории. Таким образом, пациент продолжает наблюдаться тем же лечащим врачом, что не нарушает сложившуюся систему отношения «врач – пациент» и сохраняет структуру комплайенса [6]. Указанный принцип организации обладает и экономическими преимуществами (отсутствуют затраты на перевод пациента в другое отделение или стационар). В связи с этим хочется отметить тот факт, что оценка эффективности какой-либо помощи психически больным не должна ограничиваться только экономическими выгодами. Как показали проведенные исследования в ряде стран, **экономическая выгода деинституционализации, по сравнению с традиционным лечением в стационарах, весьма скромна**, а ее смысл заключается не в экономических, а в гуманистических характеристиках: при разумной реализации идей деинституционализации степень приемлемости пациентами психиатрической помощи и удовлетворенность ею оказывается значительно более высокой.

Динамическая смена режимов пребывания в рамках **комплекса отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара** в рамках биопсихосоциального подхода имеет еще одно преимущество, которому в отечественной литературе уделяется очень мало внимания. Комплекс персонализированной программы реабилитации включает в себя среди прочих компонентов формирование ответственности за социальное поведение и восстановление нарушенных социальных контактов. Именно в этом аспекте существенная роль принадлежит, сформированному у пациента «зонального», обозначавшегося ранее в литературе как «буферная зона» [12] и личностного пространств и связанного с ними психологических границ [5]. Как отмечает в своих исследованиях Корнетов А.Н. с соавт [2], геометрия социального пространства является производной доминирования и иерархии, а также территориальных структур невербального поведения, а доминантная иерархия и территориальность является важными составными частями социального поведения. По мнению Т.С. Леви [5], несформированность

психологических границ и нарушение их функции может возникать в результате психологической травматизации, которой в рамках обсуждаемой темы, может являться перевод пациента в другое отделение или стационар. Разрушение сложившихся стереотипов поведения в рамках личностно-территориального взаимодействия и необходимость для пациента создания новых интеракций между другими пациентами в условиях изменившейся пространственной иерархии может привести к ухудшению состояния пациента, снижению его социальной компетентности.

Таким образом, создание **на единой территории стационарного отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара** способствует сохранению указанных психологических конструктов или психологической суверенности пациента, т.е. его существованию в качестве полноценной телесно-территориально-экзистенциальной единицы [7], сохранению или улучшению его адаптационно-компенсаторных механизмов [3] и успешной биопсихосоциальной реабилитации.

Возможности комплекса «круглосуточный стационар с открытыми дверями – дневной стационар» расширяют диапазон показаний к госпитализации, которая осуществляется в следующих случаях:

1) достаточно тяжелые психические расстройства, требующие постоянного наблюдения – относительно тяжелые депрессивные состояния, актуальные бредовые идеи и т. д.;

2) состояния, требующие проведения интенсивной психофармакологической терапии и/или специфических мер преодоления резистентности (одномоментный обрыв терапии, депривация сна и др.), а также плохая переносимость лекарств и выраженные побочные эффекты;

3) необходимость временной изоляции пациента от семьи при наличии актуальных конфликтов или деструктивной позиции родственников, а также плохих бытовых условий, препятствующих проведению лечения;

4) сопутствующая соматическая патология (сосудистые нарушения, последствия черепно-мозговых травм и т. п.) и вызванные ею затруднения, связанные с ежедневным прибытием пациента в отделение и возвратом домой;

5) удаленность места жительства, вследствие чего пациенты не могут ежедневно приезжать в отделение.

Противопоказания к проведению лечения в условиях такого комплекса можно рассматривать следующие клинические характеристики больных:

1) состояния, в которых психически больные представляют непосредственную опасность для себя и/или для окружающих;

2) расстройства поведения, отрицательно влияющие на других больных и не позволяющие пациентам выполнять режим данного лечебного учреждения;

3) тяжелые соматические заболевания, а также инфекционные (включая венерические) заболевания в разном периоде;

4) алкоголизм, наркомании и токсикомании.

В числе преимуществ комплекса «круглосуточный стационар – дневной стационар», обусловленных своеобразием их места в системе психиатрической помощи, необходимо отметить следующие.

1. Использование комплекса «круглосуточный стационар – дневной стационар» позволяет значительно расширить терапевтические возможности учреждений частичной госпитализации, сократив тем самым количество пациентов, госпитализируемых в психиатрические больницы. Интенсификация терапии, проводимая в условиях частичной госпитализации, позволяет увеличить прием в отделение больных с подострыми проявлениями психоза, в том числе за счет тех пациентов, которые, нуждаясь в психиатрической помощи, отказываются от лечения в закрытых отделениях психиатрической больницы, но не возражают против лечения (даже круглосуточно) в комплексе «круглосуточный стационар-дневной стационар».

2. Лечение пациентов в условиях комплекса «круглосуточный стационар-дневной стационар» существенно сокращает время круглосуточного пребывания больных. Временная необходимость круглосуточного пребывания возникает на каком-то этапе лечения примерно у половины пациентов, госпитализированных в такой комплекс, однако длительность пребывания на этом режиме составляет менее четверти всего времени их лечения. Такая продолжительность круглосуточного пребывания больного, то есть изоляции от привычных условий жизни значительно меньше, чем в случае его лечения в обычной психиатрической больнице, что снижает вероятность развития госпитализма.

3. Проведение лечебно-восстановительных мероприятий в условиях комплекса «круглосуточный стационар – дневной стационар» позволяет осуществить преемственность в реабилитационном процессе на всех его этапах от острого психотического состояния до стабилизации ремиссии и подбора адекватной поддерживающей терапии

Предлагаемая новая модель организации психиатрической помощи – «комплекс круглосуточный стационар (с открытыми дверями) – дневной стационар» требует дальнейшего изучения и накопления фактов для уточнения четких критериев работы данной структуры и формирования соответствующих правовых норм его существования.

Литература:

1. Вовин Р.Я. Позитивные и негативные аспекты психофармакотерапии в системе реабилитации психически больных // Актуальные вопросы реабилитации психически больных и профилактики их инвалидизацию. – Томск, 1986. – С. 9-11.

2. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробков А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. – Киев: Здоровья, 1990. – 217 с.

3. Коцюбинский А.П., Скорик А.П., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболеванием – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.

4. Коцюбинский А.П. Холистический подход при диагностике психических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 2015. – № 4. – С. 22-33.

5. Леви Т.С. Динамика психологических границ в процессе личностно-развивающей работы, основанной на телесном движении // Культурно-историческая психология. – 2009. – № 1. – С. 36-41.

6. Лутова Н.Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: автореф. дисс. ... док. мед. наук. – СПб., 2013. – 46 с.

7. Нартова-Бочавер С. К. Новая версия опросника «Суверенность психологического пространства – 2010 // Психологический журнал. – 2014. – Т. 35. – № 3. – С. 105-119.

8. Савельева О.В. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., – 2014. – 26 с.

9. Чуркин А.А., Яздовская А.В. К вопросу об организации психиатрической помощи // Бехтеревские чтения. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – СПб. – Киров, 2003. – С. 470-474. [Электронный ресурс]. <http://psysphera.narod.ru/Public/Kirov/churkin1.htm>. (дата обращения: 02.04.2016)].

10. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А. и др. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 6. – С. 4–10.

11. Gmьr M. Schizophrenieverlauf und Enstitutionalisierung. – Stuttgart: Verlag F. Enke, 1986 – 202S.

12. Horowitz M.J., Duff D.F., Stratton L.O. Body buffer zone, exploration of personal space // Arch. Gen. Psychiat. – 1964. – N. 11. – P. 651-656.

МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЯМИ

Кулаков С.А.

*Медицинская ассоциация «Центр Бехтерева»
Санкт-Петербург*

Пациенты на реабилитацию поступают с большим сроком злоупотребления психоактивных веществ (ПАВ), коморбидными расстройствами, сопутствующими расстройствами личности [2, 3, 8, 12], поэтому искусство реабилитационной команды заключается в подборе такого индивидуального реабилитационного маршрута, который способствовал сдвигу в сторону ремиссии, а не хронификации. Особое внимание следует обращать на пациентов с пограничной личностной организацией, у которых, несмотря на внешнюю компенсацию и отсутствие какой-либо симптоматики, сохраняется слабое или расщепленное Эго, приводя к внезапным декомпенсациям после многих лет «спокойного периода».

В большинстве реабилитационных центрах акцент делается на групповых формах работы, а индивидуальная работа и последующее сопровождение преимущественно нацелена на программные задачи сохранения трезвости. Вместе с тем пациенты нуждаются в проработке внутри- и межличностных конфликтов. Ряд исследований обнаружил, что больные, страдающие различными видами зависимости, больше чем обычные люди имеют трудности, связанные с саморегуляцией поведения [4,5]. Индивидуальная терапия, вскрывающая глубинные

или бессознательные феномены: отношение к объектам, привычные формы реагирования на стресс, устранение нарциссического дефицита или других отклонений в индивидуальном функционировании, успешно дополняет групповые формы работы [10]. Психологи, работающие в реабилитации, часто имеют несистематическую психотерапевтическую подготовку, что вносит хаос и отсутствие преемственности в работе сотрудников.

Члены реабилитационной команды определяют индивидуальную лечебную программу данного пациента. Лечебная программа составляется индивидуально с учетом способностей и потребностей и может быть изменена в процессе лечения, если это необходимо. Так, пациент активно вовлекается в различные виды групповой активности, появляется возможность наблюдать различные грани его личности. Более того, коморбидные пациенты, зачастую неспособные вербализовать конфликты, получают шанс донести собственные бессознательные и невербальные аспекты до «терапевтического поля».

Успешность индивидуальной терапии достигается постановкой «психотерапевтического диагноза» и четким выделением «мишеней психотерапии». Мишень психотерапии – проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого в процессе психотерапии является осознанной целью взаимодействия [6, 9].

Рассмотрим последовательно индивидуацию реабилитационной программы на примере пациента Марата, 28 лет, страдающего игровой зависимостью. Нумерация психотерапевтических «мишеней» произведена с учетом последовательности их анализа в реабилитации.

I. Клинические (нозологические) «мишени».
По отношению к группе пациентов с синдромом зависимости, возможно выделение следующих мишеней психотерапии:

- синдром зависимости
- употребление психоактивного вещества
- патологическое зависимое поведение в отношении нехимического объекта. В данном случае мы имеем сочетание игровой и алкогольной зависимостей.

Кроме основного диагноза сюда будут относиться другие синдромы, соответствующие 1 оси многоосевой классификации психических и поведенческих расстройств DSM и отражающие коморбидность конкретного пациента. Пример: сезонные колебания настроения, навязчивый страх или тревожное состояние, галлюцинаторные переживания после перенесенного психоза, нервная анорексия. Работа с этими мишенями будет осуществляться совместно врачом и психологом. Обсуждение диагноза совместно с пациентом и семьей предоставляет возможность обсудить сроки и прогноз психотерапии [9]. Симптомы выполняет функцию ложной идентичности, заполняя собой дыру в «Я». Это в свою очередь отражает ту патологическую групповую динамику, ту систему отношений, в которой происходит развитие пациента. Симптомы суть способы совладания с внутренним напряжением в виде различных злоупотреблений, которые

наиболее ярко выражены в клинической практике, и если их анализировать отдельно от структуры личности, это скорее приводит к симптоматической, а не патогенетической постановке диагноза. Марат, врач, десять лет страдает зависимостью, периодически алкоголизуется. Не любит свою специальность. Обнаруживает «отчуждение аддиктивной болезни» [3].

II. «Мишени», специфичные клинической ситуации (мотивы обращения за помощью, инициатор обращения, характер установки на лечение). Эти феномены связаны с полем, на котором идет разворот симптоматики. Чаще всего мы встречаемся со следующими феноменами.

1. Низкая психологическая компетентность.
2. Социальная дезадаптация.
3. Дисфункциональная семья, симптом выполняет морфостатическую функцию, созависимость родственников.
4. Отсутствие собственной мотивации лечения и неустойчивая позиция родственников.
5. Низкая психологическая компетентность.
6. Социальная дезадаптация.
7. Пребывание в психотравмирующей ситуации.
8. Материальная зависимость от членов семьи.
9. Существенные события в ближайшем окружении пациента (смерть, болезнь близких, развод, заключение брака, рождение детей).

Практически все специалисты, работающие с аддиктами, признают важность участия семейного окружения в поддержании зависимого поведения. Поэтому семейная терапия является обязательным компонентом лечебных и реабилитационных программ. Если оставить в стороне задачи психообразования, преодоления анозогнозии и медицинского воспитания членов семей, то основной функцией семейной терапии является по возможности максимальное изменение семейной системы, с последующим за ним отказом ее членов от зависимого и созависимого поведения.

Специфика клинической ситуации Марата состоит в игнорировании родственниками необходимости участия в семейной терапии, одновременно мотивируя своих детей на лечение. Доминантный отец, от которого зависит пациент. Данная ситуация повышает риск рецидива при возвращении пациента в прежнюю, дисфункциональную семейную систему.

III. «Мишени», затрагивающие индивидуально-психологические особенности пациента. Это наиболее важная и слабо разработанная из мишеней в реабилитации. Она включает оценку структуры (психодинамический диагноз), объектных отношений. Пока не нашла широкого применения операционализированная психодинамическая диагностика, проводимая по следующим осям [1], но очень перспективная в индивидуальной психотерапии с пациентом.

Ось 1. Восприятие заболевания. Степень повреждения. Вторичная выгода. Мотивация к лечению. *Вторичная выгода* – согласно психодинамической теории,

выгода, состоящая в том, что симптомы дают человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной ситуации или решения. Аддикция помогает Марату сохранять свое самоуважение и не брать ответственность за свою жизнь и выборы.

Ось 2. Отношения. Конфликтные, дисфункциональные. Длительный конфликт с отцом. Развод с женой из-за зависимости у Марата.

Ось 3. Конфликт идентичности и образа Я. У нашего пациента обнаружился конфликт самооценки против ценности объекта (стыд, гнев, идеализация и обесценивание).

Ось 4. Структура. Многие пациенты имеют средний структурный уровень и низкий реабилитационный потенциал [4]. Клинико-биографический метод, включенное наблюдение в психотерапевтических группах, на сдаче домашних заданий, индивидуальной работе с пациентом выявляет сопутствующее расстройство личности. О расстройствах же личности мы говорим в тех случаях, когда данное лицо постоянно использует определенные, одни и те же механизмы реагирования на ситуации повседневной жизни совершенно неадекватным, плохо адаптированным, стереотипным способом. Чаще всего диагностируется пограничное, зависимое и нарциссическое расстройства личности. К сожалению, критерии описания последнего расстройства в МКБ-10 не приводятся, и мы пользуемся характеристиками DSM-5. Согласно DSM-5 [11], для диагностики нарциссического личностного расстройства необходимо наличие следующих критериев (курсивом отмечено наличие этих симптомов у нашего пациента):

Значительные нарушения функционирования личности проявляются в:

1. Нарушения в функционировании Я (а или б):
 - а. Идентичность: *выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки; самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки.*
 - б. Направленность Я: *постановка целей основана на получении одобрения других; личные стандарты неоправданно высоки, что дает возможность воспринимать себя как исключительного.*
2. Нарушения в межличностном функционировании (а или б):
 - а. Эмпатия: *нарушенная способность распознавать и сопереживать чувствам и потребностям других; чрезмерная ориентация на реакции других, но только если они воспринимаются как относящиеся к себе; переили недооценка собственного влияния на других.*
 - б. Интимность: *Отношения преимущественно неглубокие и используются для регуляции самооценки; взаимность ограничена слабым интересом к переживаниям других и приоритетом личной выгоды.*
3. Патологические личностные черты в следующих сферах:

4. Антагонизм:

а. Грандиозность: *потребность в признании, открытая или скрытая; центрированность на себе, основанная на убеждении, что кто-то лучше, чем другие; снисходительное отношение к другим.*

б. Поиск внимания: *настойчивые попытки быть в центре внимания других; поиск своего пути выздоровления.*

Индивидуально значимые, психотравмирующие переживания, в условиях актуальной жизни. Данная мишень психотерапии предполагает влияние на психотерапевтический процесс разных жизненных обстоятельств (потеря работы, развод, рождение ребенка и т.д.), которые накладывают отпечаток на течение психотерапии. Способ реагирования на эти ситуации тоже может быть осознаваемой целью воздействия специалиста в процессе психотерапии. Марат тяжело переносит, что жена подала на развод. Не полностью осознает свою ответственность за данную кризисную ситуацию.

Проблема самооценки (крайне неустойчивая и поляризованная самооценка) для пациента с сопутствующим расстройством личности служит предметом обсуждения на индивидуальных сессиях. Нарушения самооценки обуславливают эмоциональную неустойчивость, недостаточность волевых качеств, незрелость ценностей как проявление общей незрелости личности, а также “искаженную” систему представлений о себе (например, фрагментарность и неустойчивость внутренней картины собственной личности).

Низкая способность к рефлексии (самопознанию) является следствием личностной незрелости и эмоционально-волевой недостаточности. Это может сочетаться со слабо корригируемыми установками и долженствованиями о собственной роли, особенностях отношений и т.д. Всё это создает ощущение отсутствия базового чувства благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое и является причиной поиска источника, который способен, хоть и временно, заменить это болезненное переживание.

Индивидуальная терапия с зависимыми делает акцент на ментализации как умение видеть себя извне, нивелировать непонимание связи между своими переживаниями и проявлениями зависимости, между своим поведением и поведением окружающих. Психотерапевт помогает клиенту развить в себе способность “замечать”, “схватывать”, “прерывать” и “отслеживать” свои мысли, чувства и поведение. Это достигается также путем выполнения аналитических заданий.

Список домашних заданий для Марата:

1. 10 причин, благодаря которым ты снова обратился к лечению.
2. Моя семья.
3. 20 примеров, когда ты проявлял нечестность.
4. Био-психо-социо-духовные потери.
5. 15 примеров того, как именно своеволие привело к зависимости.
6. 10 примеров как ты манипулировал другими людьми.

7. 20 примеров потери уважения к себе.

8. 20 примеров того, как гордыня проявлялась у тебя в болезни?

9. Вспомни и опиши подробно те ситуации, в которых тебе необходимо было проявить смирение в процессе твоей болезни.

10. Мое самосознание.

11. Дефекты характера и способы борьбы с ними.

12. 10 причин, по которым ты конфликтуете и 10 способов с ними справиться.

13. 10 причин, которые могут тебя спровоцировать на употребление или игру.

14. 10 ресурсов, на которые будешь опираться в выздоровлении.

15. Антикризисный план после выписки.

16. Итоговая работа.

IV. «Мишени», характерные для психотерапевтического процесса.

В группу психотерапевтических мишеней, специфичных для психотерапевтического процесса включаются феномены, имеющие отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента вне рамок конкретного психотерапевтического метода. Воздействие на мишени этой группы необходимо для создания условий проводимой психотерапии. Примерами мишеней такого рода могут быть феномены, отражающие особенности участия пациента (избегание, пассивность), психотерапевта (степень директивности, степень активности) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии.

У Марата низкая мотивация к лечению, она обусловлена анозогнозией, интернальным локусом контроля и низким уровнем рефлексии. В начале лечения он сравнивал свою зависимость с другими пациентами, как более легкую, несмотря на «обратную связь» от других пациентов, что у него больше проблем в семье и с законом, чем у них.

Отношения между психотерапевтом и пациентом. Эти отношения имеют специфику либо формирования “созависимых” отношений, либо легкостью прерывания контакта. Работа с Маратом характеризовалась сопротивлением к лечению, игнорированием правил отделения, отсрочка выполнения домашних заданий. Сопротивление общепризнанный клинический феномен, сопутствующий в той или иной степени проведению любого вида психотерапии. У нашего пациента плохая переносимость фрустрации в психотерапевтическом контексте и обусловлено общей неспособностью совладания с эмоционально напряженными ситуациями.

V. Мишени, характерные для психотерапевтического метода.

Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией, уровнем организации личности, темпом реабилитации.

Важным моментом является создание терапевтических отношений между врачом – пациентом, психологом – пациентом, пациентом – реабилитационной командой. Создание условий для проведения психотерапии и соответствия темпа реабилитационного процесса возможностям пациента. Следует обратить внимание на следующие моменты. Со стороны пациента:

- мотивация, степень тяжести расстройства, способность к интроспекции \ самонаблюдению;
 - способность к рефлексии (способность к критической самооценке);
 - фрустрационная толерантность, готовность к конфликту, терпение;
 - коммуникабельность.
- Со стороны врача-психотерапевта (психолога):
- эмпатия, эмоциональная теплота;
 - подлинность (аутентичность), способность к дистанцированию и эмоциональной нейтральности;
 - профессиональная компетентность.

Актуальным является прямое ежедневное наблюдение за пациентом в терапевтических группах. Отмечаются такие моменты как вербальное и невербальное поведение, открывающиеся психодинамические проблемы и проблемы, связанные с наркотиками, коммуникативные особенности. На этом этапе идет проработка иррациональных установок, дезадаптивных личностных схем и паттернов поведения, поддерживающих аддикцию. Преимущество групповой психотерапии заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия распределяется между участниками группы, с другой стороны, при этом снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с другими людьми. Внедрена динамическая модель ведения терапевтических групп, имеющая свои особенности (большая активность терапевта, перерывы в середине группы).

Психологический анализ иррациональных убеждений показывал, что у Марата преобладают иррациональные установки «Катастрофизация» и «Долженствование в отношении себя». Значительная часть пациентов имеют выраженную иррациональную установку, что им свойственно оценивать каждое неблагоприятное событие как ужасное и невыносимое, а также, что им также свойственно драматизировать события.

Оценка эффективности любых психотерапевтических мероприятий, проводимых с аддиктами, должна осуществляться уже при постановке диагноза и определение личных целей пациента. Эффективность отражает следующие параметры: динамику симптомов, разрешение внутри- и межличностного конфликта, динамика самооценки, осознание психической зависимости, выработка границ безопасности, жизненные планы. Например, психологический механизм не осознается, пациент оставляет за собой право употреблять «легкие» наркотики – относится к отрицательной динамике; тогда как активное осознание своего заболевания, конкретные планы по изменению ситуации, своевременное выполнение программных моментов – суть положительной динамики. Учитывая со-

путствующее личностное расстройство у Марата, ему после выписки рекомендуется продолжить индивидуальную поддерживающую и семейную психотерапию.

Литература:

1. Арндт П. *Психосоматика и психотерапия: справочник* – М.: МЕДпресс-информ, 2014.– 368 с.
2. Белокрылов И.В. *Личностно ориентированная психотерапия наркологических больных (клиническое и психодинамическое исследование): автореф. дис. ... доктора мед.наук [ННЦ наркологии Минздрава России]. – М., 2006. – 42 с.*
3. Демина М.В., Чирко В.В. *«Отчуждение» аддиктивной болезни.* – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006. – 192 с.
4. Дудко Т.Н. *Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопросы наркологии. – 2008. – №3. – С. 80-92.*
5. Кернберг О. *Тяжелые личностные расстройства.* – М.: Класс, 2000. – 464 с.
6. *Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей психотерапевтов) / Под.ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковской.* – СПб: НИПНИ им.В.М. Бехтерева, 2012. – с . 456 с.
7. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Личностные расстройства.* – СПб.: Питер, 2010. – 400 с.
8. Кулаков С.А. *Клинико-психотерапевтическая конференция в стационарной реабилитации наркозависимых. // Психическое здоровье. – 2009. – №2. – С. 39-42*
9. Мак-Вильямс Н. *Формулирование психотерапевтического случая.*– М.: Класс, 2015. – 328 с.
10. Млодик И. *Карточный дом. Психотерапевтическая помощь клиентам с пограничными расстройствами.* – М.: Генезис, 2016. – 160 с.
11. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. – 991 P.*
12. *Psychotherapy for the treatment of substance abuse/ edited by Marc Galanter, Herbert D. Kleber/ American Psychiatric Publishing, Inc., 2011. – 405 P.*

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИМБИОЗ КАК ФАКТОР ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Лемешко К.А., Пудиков И.В.

*Городская психиатрическая клиническая больница №1
им. Н.А. Алексеева
Москва*

Необходимость успешного эмоционального взаимодействия ребёнка с матерью для нормального когнитивного и физического развития в настоящее время не вызывает сомнений [1]. Вместе с тем феноменология взаимодействий пары «мать-дитя» и их участие в дальнейшем становлении типологии личности продолжает привлекать внимание множества специалистов [2, 3, 6] и требует уточнения. Отдельные исследователи постулируют наличие естественной симбиотической фазы и длительного процесса сепарации – индивидуации, завершающегося формированием самосознания человеком себя как существа социального [4, 10]. Следует отметить, что некоторые авторы выносят характер взаимоотношений со значимыми близкими в отдельные диагностические критерии, обращая внимание на явления сверхзависимости от родителей и грубые формы бунта против них [5, стр. 176-177]. В условиях нормативного развития симбиоз постепенно уступает место прогрессивной сепарации и индивидуации [4, 7]. В некоторых случаях материнская стратегия может привести к задержке и консервации симбиотических отношений [5, 7]. При этом можно говорить о патологическом симбиозе или симбиотической диаде.

Симбиотическая диада характеризуется: 1) своеобразным единством; 2) утратой персональных границ; 3) функциональным слиянием идентичностей при формальном разделении субъектов; 4) формированием общей Эго-идентичности; 5) высоким уровнем попыток контроля симбиотического партнёра; 6) высоким уровнем сепарационной тревоги. Важно отметить, что симбиотическая диада, несмотря на формальное различие детско-родительских отношений, всегда функционирует симметрично: оба симбиотических партнёра в равной степени контролируют друг друга, реагируя базальной тревогой на любые попытки дестабилизации симбиоза. При этом формы контроля распределены между «опекающим» участником симбиоза (тутор) и «опекаемым» (ротут). Если у первого преобладают реакции протекции и дирекции, то поведение ротута характеризуется комплементарным паттерном, в котором преобладают реакции рецепции и абсорбции. Это даёт основание говорить, что диада функционирует как единый квази-субъект.

Ранее [8] мы отмечали, что психотерапия в условиях психиатрического амбулаторного отделения делает актуальной задачу работы с сильно нарушенными пациентами, в том числе и с пациентами психотического уровня организации личности [10].

Целью настоящей работы является попытка феноменологического описания и осмысление особенностей взаимодействия с пациентами, находящихся в симбиотических отношениях с родительской фигурой. Такие диады являются наиболее устойчивыми к психофармакотерапии и существенно усложняют амбулаторную работу с ними.

В условиях медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева» в период с сентября 2013 по февраль 2016 г. нами наблюдались 16 пациентов, чьё взаимодействие с родительскими фигурами носило патологический характер, сохраняя черты инфантильного симбиоза. Представляется, что данные особенности нивелируются условиями психиатрического стационара, где пациент пребывает в определённой изоляции. Но они же существенно затрудняют не только взаимодействие с реципиентом лечения, но и неизбежно препятствуют ходу терапевтического процесса в условиях амбулаторного режима реабилитационного отделения, т.к. блокируют любые проявления автономности пациента.

Такие пациенты постоянно сопровождаются родителем, чаще матерью, которая находится в разводе с отцом, либо отец занимает пассивно-подчинённую иерархическую позицию. Во время первичного клинического обследования и при последующих осмотрах опекающий родитель стремится присутствовать при диагностических процедурах непосредственно в кабинете врача, групповых и даже индивидуальных психотерапевтических занятиях, что отражает спутанность границ их персональной идентичности, а в терминах современной структурной теории – нарушения границ Эго [10]. Примером этого может служить типичная ситуация, когда мать во время беседы с врачом блокирует намерение сына вы-

сказать собственное мнение о субъективных переживаниях, испытываемых в связи с действием психотропных препаратов, давая этому псевдорациональное объяснение. Другим примером симбиотической диады служит употребление местоимения первого лица множественного числа («мы»), используемое обоими субъектами диады для характеристики не только собственных действий и намерений, но и сенсорного опыта.

Замечания медицинского персонала о необходимости соблюдения режима учреждения (например, замечание о необходимости матери покинуть процедурный кабинет во время диагностического забора крови) вызывают возрастание уровня тревоги. Сходные реакции отмечаются и при коррекционных интервенциях медицинских психологов, психотерапевтов, психиатров, касающихся патологической природы симбиоза и целесообразности его преодоления. Зачастую матери настойчиво предпринимают попытки контролировать ход терапии, навязывая лечащему врачу назначение необходимых, по их мнению, медицинских препаратов, лечебных процедур, под различными предлогами настаивают на проведении диагностических обследований, назначении медикаментозных, физиотерапевтических методик, консультаций специалистов без учёта медицинских показаний. В крайнем случае, это проявляется требованиями назначить гомеопатические препараты, биодобавки, лечение у специалистов в области нетрадиционной медицины. В исключительных примерах такие родители прибегают к шантажу, угрожая жалобами в администрацию учреждения, вышестоящие инстанции и средства массовой информации.

Нередко родители искажённо трактуют проявления элементов автономного поведения. Обычно тугор интерпретирует это как ухудшение состояния ротута, а ротут понимает такое отношение как измену, предательство и оставление его. Например, пациент М. (32 года) по завершении преждевременно завершившегося группового занятия, выйдя из кабинета, не застал мать, которая отлучилась в ближайший магазин. По возвращении её он в присутствии лечащего врача обвинял мать в измене и предательстве. Указанные поведенческие паттерны зачастую расцениваются специалистами (врачами-психиатрами, медицинскими психологами) как грубо манипулятивные. При этом динамическая основа остаётся нераспознанной.

В качестве примера приведём обращение пациента Р. (35 лет) в добровольном порядке в психиатрический стационар по указанию матери вопреки рекомендации врача дневного стационара. Или внезапное решение пациентки П., молодой женщины (28 лет), оформить группу инвалидности по указанию матери, хотя ранее пациентка отвергла подобные предложения со стороны лечащего врача.

Весьма специфичным представляется взаимный контроль над сферой физиологических потребностей и влечениями, обозначающий спутанность индивидуальных границ. Так, например, пациент С. (36 лет) контролировал питание матери с целью «поддержания её фигуры».

Мать пациента М. (32 года) продолжает ежедневно отслеживать не только регулярность дефекации сына, но и оценивает «качество фекального материала». Своеобразные формы контроля распространяются и на сферу интимных отношений участников симбиоза. Мать пациента А. (30 лет) лично заказывала сыну «платные интимные услуги» и «отбирала» наиболее подходящих, по её мнению, представительниц «древнейшей профессии». Отец пациента Рум. (32 года), никогда не обращавшийся за психиатрической помощью, научный сотрудник академического института, руководствуясь, с его точки зрения, «благой целью» устройства личной жизни сына, вовлёл его в интимные отношения со своей сожительницей.

Эволюционно-специфической недостаточностью и незрелостью самостных структур таких личностей обусловлена путаница в восприятии ими патологических феноменов собственной душевной жизни и событий окружающего мира. Обычно психиатры отмечают патологичность описанных феноменов, но оставляют без внимания психодинамическую подоплёку этих нарушений. Между тем, анализ динамической составляющей симбиотической диады является необходимым для эффективной психотерапии патологического симбиоза, направленной на контейнирование сепарационной тревоги и терапевтическую эволюцию Эго-структур пациента.

Важным теоретическим базисом понимания патологических симбиотических отношений является концепция Д.В. Винникотта об адаптивном симбиотическом единстве матери и младенца и эволюционных функциях «достаточно хорошей матери» в психическом развитии ребёнка [9]. Одной из функций «достаточно хорошей матери» наряду с безусловным принятием и поддержкой ребёнка является её способность справиться с его и собственной сепарационной тревогой, предоставив ребёнку автономию. Низкая толерантность матери к этому аффекту провоцирует задержку симбиотической фазы диадных отношений, постепенную утрату адаптивности и патологизацию интересубъективного взаимодействия.

Выводы: 1. Симбиотическая диада представляет собой межличностный феномен, возникающий в результате патологизации изначально адаптивной формы взаимодействия в системе мать-младенец. 2. Патологический симбиоз является источником разнообразной психопатологической симптоматики, зачастую квалифицируемой как эндогенная. 3. Патологическое функционирование субъектов в симбиотической диаде доступно психотерапевтическому воздействию, в основе которого лежит понимание интересубъективного характера этого явления и контейнирование сепарационной тревоги её участников.

Литература:

1. Schore A. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The neurobiology of Emotional Development*. – Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
2. Боулби Дж. *Создание и разрушение эмоциональной привязанности*. – М.: Академический проект, 2008. – 238 с.

3. Шниц Р.А., Коблинер У.Г. *Первый год жизни.* – М.: Академический проект, 2006. – 352 с.
4. Малер М.С., Пайн Ф., Бергман А. *Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация.* – М.: Когито-Центр, 2014. – 413 с.
5. Кернберг О.Ф. *Тяжёлые личностные расстройства: Стратегии психотерапии.* – М.: Класс, 2014. – 464 с.
6. Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайман П. *Развитие в психоанализе.* – М.: Академический проект, 2001. – 512 с.
7. McDevitt J.B., Settlege C.F. (eds): *Separation-Individuation: Theory and Application.* – New York: International Universities Press, 1971.
8. Пудиков И.В., Лемешко К.А. *Опыт применения групповой психодинамической психотерапии в условиях медико-реабилитационного отделения // Психическое здоровье.* – 2014. – № 12. – С. 42-46.
9. Винникотт Д.В. *Маленькие дети и их матери.* – М.: Класс, 1998. – 264 с.
10. Техкэ В. *Психика и ее лечение: психоаналитический подход.* – М.: Академический проект, 2001. – 576 с.

ТИПОЛОГИЯ МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Ляшковская С.В.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Главными «трендами» современной психотерапии являются, пожалуй, следующие явления:

- попытки увязать многообразие подходов, методов и форм психотерапии с клинической реальностью;
- обоснование возможности становления психотерапии как научной специальности;
- смена направления научного анализа в психотерапии – от изучения эффективности отдельных методов, через обоснование применения психотерапевтических методов в лечении конкретных расстройств – к изучению универсальных процессов, внеметодических параметров процесса психотерапии;
- поиск общих базовых процессов, характерных для всех форм психотерапии, и постепенное признание того факта, что разные методы, по сути, могут иметь больше сходств, чем различий;
- развитие профессиональных организаций, которые в перспективе должны устанавливать стандарты качества подготовки психотерапевтов и качества оказания психотерапевтических услуг;
- интегративные тенденции.

Исследование проблем психотерапии ставит перед собой две основные задачи: во-первых, поиск эмпиричес-

кого обоснования психологических методов лечения, то есть выяснение того, что является полезным, для кого, при каких обстоятельствах; во-вторых, описание и постижение механизмов изменений, то есть как психотерапия в целом и ее разновидности в частности достигают позитивного эффекта. В эмпирических исследованиях последнего времени традиционный вопрос об эффективности психотерапии в целом уступает место иной формулировке: как на эффективность данной модели влияют изменения отдельных ее параметров, что по видимому, свидетельствует о смене парадигмы исследований в психотерапии.

Главным результатом интеграции психотерапии в медицину на сегодняшний день явилось признание возможностей психотерапии при лечении пациентов, фактически, всех основных клинических групп – от невротических расстройств (основной, «модельной» клинической группы), психосоматических заболеваний до болезней зависимости и шизофрении. Однако ресурс такой прямолинейной интеграции исчерпан – психотерапия доказала, что способна быть полезной и эффективной при лечении больных. Условия доказательной медицины не принимают простой аргументации психотерапевтов, что конкретный психотерапевтический метод эффективен при лечении конкретного заболевания, ей требуется изучение сравнительной эффективности психотерапевтических методов при лечении пациента с конкретным заболеванием. Решению такой задачи, наряду с прочими методологическими проблемами, препятствует недостаток общего, универсального понятийно-категориального аппарата, который позволил бы соотносить конкретные, точно определяемые параметры психотерапевтического процесса.

Требования доказательности в клинической модели психотерапии делают актуальным вопросы методологии научного исследования создаваемых программ психотерапевтического лечения, что предполагает системный подход к анализу его структуры и основных характеристик. Это предполагает новые требования к описанию того, что составляет базис любой психотерапии, – структуры психотерапевтического контракта, иерархии психотерапевтических мишеней, построению индивидуальных психотерапевтических программ, характеру психотерапевтического альянса, оценке эффективности психотерапевтических интервенций.

Необходимость обоснования и описания общих понятий психотерапии подчеркивается многими авторами. Чаще всего это происходит в рамках ныне популярного тренда – интегративного течения в психотерапии. И наряду с тем, что сама возможность создания истинно интегративной модели является предметом острых дискуссий, вокруг идеи интеграции развиваются профессиональные сообщества, появляются исследования в этой области, есть даже посвященный этой теме журнал (Международный журнал интегративной и эклектической психотерапии).

Роберт Голдфрид (Goldfried R.M., 1995), один из лидеров в развитии интеграции в психотерапии, счита-

ет, что если клиницисты, придерживающиеся различных позиций и ориентаций в психотерапии, сумеют прийти в общему набору исходных понятий и стратегий действий, то, вероятно, то, что появится в результате этого процесса, будет представлять собой набор феноменов, устойчивый к искажениям, вызванным разными теоретическими пристрастиями психотерапевтов.

Авторы системного анализа интегративных процессов делают вывод о том, что в перспективе различные варианты психотерапии будут все больше согласовываться со многими переменными, относящимися к клиническому диагнозу, характеру психотерапевтической мишени, глубине вмешательства, личностным особенностям, как самого психотерапевта, так и пациента, характеру их коммуникации, а также множеству других ситуативных факторов.

Общими и общепринятыми понятиями на сегодняшний день являются представления о структуре и стадийности психотерапевтического процесса, достаточно много излучавшиеся общие факторы психотерапевтического процесса, общие механизмы психотерапевтических изменений, наиболее подробно изложенные в руководстве под ред. Перре и Баумана (2003).

Понятие «мишеней психотерапии» является одним из ключевых в описании психотерапевтического процесса. Формулирование мишеней при проведении психотерапии позволяет систематизировать психотерапевтическое воздействие, сделать его доступным для описания, воспроизведения и научного исследования. В современной научной литературе, в том числе в диссертационных исследованиях в области клинической психотерапии, наблюдается чрезвычайно широкое употребление термина «мишень психотерапии», с одной стороны, и почти полное отсутствие хоть сколько-нибудь четкого определения этого понятия. Формулирование мишеней психотерапии происходит в различных плоскостях, без возможности ориентироваться на какую-либо систематику или общую рамку. В связи с этим, есть ограничения в применении выделяемых таким образом мишеней психотерапии для научных исследований, сравнения эффективности применяемых моделей психотерапии и подготовки клинических рекомендаций.

Представляется актуальной работа по систематизации имеющихся подходов к определению мишеней психотерапии, а также обоснование типологии, которая позволила бы унифицировать мишени и стратегии психотерапии в рамках индивидуальной психотерапевтической программы, создающей условия для единообразного понимания используемых элементов психотерапии.

Поиск по ключевым словам «мишени психотерапии» в опубликованных научных исследованиях обнаружил, даже «навскидку», около 600 только русскоязычных работ, в которых так или иначе употреблялся этот термин. Как правило, описание (либо изучение) практического применения какого-либо метода при лечении того или иного расстройства включает указание на необходимость проведения диагностического этапа и определения

мишенной психотерапии. При этом существует очень малое количество работ, в которых можно увидеть предложения по раскрытию содержания этого понятия.

В «Справочнике практического психолога» С.Л. Соловьева пишет о том, что психотерапевтическое воздействие адресовано некой психической реальности, психической структуре. Все разнообразные психические явления рассматриваются в рамках трех возможных феноменов – психических процессов, психических состояний, психических свойств, составляющих психическую структуру личности человека. С точки зрения автора, мишень психотерапевтического воздействия – это личность или отдельные свойства личности, либо эмоционально-негативные психические состояния. Психологическое (психотерапевтическое) воздействие может быть адресовано личности человека, его свойствам, и тогда это патогенетическая психотерапия, так как она направлена на причину психологического страдания, а может быть нацелено на коррекцию текущих психических состояний и процессов, и тогда это симптоматическая психотерапия, поскольку она направлена на симптом, на проявление психологического страдания (Соловьева С.Л., 2007).

И.Г. Дехтяр в своей работе «Психотерапевтическая мишень в психотерапии» (2005) рассматривает поиск мишени для интервенции как ключевой процесс в психотерапии любого направления. Он рассматривает мишень и алгоритм ее определения как внеметодическую психотерапевтическую технологию. В самых общих чертах, мишень, по Дехтяру – это внутриличностные механизмы, создающие препятствия для дальнейшего развития. Чаще всего, это некая идея, которая носит дезадаптивный характер, с которой связана сильная негативная эмоция и соответствующее поведение. Эта идея обязательно содержит в себе внутреннее противоречие, при этом субъективно носит характер абсолютного закона. Автор различает психотерапевтические мишени в экстренной, краткосрочной и долгосрочной психотерапии. Так, для экстренной психотерапии мишенью служит сильный аффект на высоте кризиса дезадаптации. Для краткосрочной психотерапии – сам кризис дезадаптации. И для долгосрочной психотерапии – личностные особенности, которые служат основой для возникновения кризиса. Для медицинской модели психотерапии автор разделяет так называемые «нозологические» мишени – симптомы расстройств, и личностные мишени – интрапсихические механизмы возникновения расстройства.

Б.В. Овчинников в статье «Основные понятия психотерапии» (2011) отмечает, что понятие «мишени» практически равнозначно понятиям «показания к психотерапии» или «цель психотерапии». Однако существуют и небольшие различия между терминами. К мишеням автор относит особенности поведения и психических явлений пациента, на которые психотерапевт может и стремится воздействовать. И, в том числе, мишени – это психопатологические симптомы и синдромы, которые описываются на языке психиатрии.

В монографии «Интегративная психотерапия» А.Л. Катков (2013) предлагает понимать «психологические мишени» как особо важные сферы приложения целенаправленной терапевтической активности, адекватная идентификация которых позволяет:

- планировать и осуществлять психотерапевтическое воздействие концентрированно, целенаправленно и с максимальной эффективностью;
- измерять эффективность оказываемого воздействия в системе адекватных индикаторов и параметров;
- разрабатывать либо подбирать наиболее действенные средства терапевтической активности, способствующие достижению желаемого результата.

Автор предлагает дифференцировать универсальные и специальные психотерапевтические мишени. Под первыми подразумеваются психические феномены, связанные с процессом и механизмами психотерапевтического изменения, и являющиеся универсальными. Специальные мишени являются предметом воздействия структурированных психотерапевтических техник. Например, деформированная система отношений, ценностей, чрезмерные эмоциональные реакции, искажённые когнитивные схемы, неприемлемые поведенческие стереотипы, психофизиологические симптомы, воспринимаемые как болезнь (Катков А.Л., 2013).

В большинстве же случаев в психотерапевтической литературе термин «мишень психотерапии» употребляется с указанием конкретного, частного содержания.

В.Д. Вид в своей работе, посвященной психодинамической модели психотерапии при шизофрении, исходя из данных литературы и клинического опыта, дает детальное описание отдельных элементов главных подсистем психотерапевтического процесса: вмешательств психотерапевта, зон конфликтных отношений и психодинамических мишеней психотерапии. Среди вмешательств психотерапевта для психодинамической модели выделены: стимуляция, разъяснение, интерпретация, эмоциональная поддержка, совет, конфронтация, объективация (путем трансперсональной проекции, моделирования и сопоставления с социо-культуральными нормами). В качестве психодинамических мишеней выделены: конфликты мотивационных структур, механизмы первичной защиты, вторичные защитные механизмы, искажения внутренней картины болезни, нарушения проблемно-решающего поведения, вербальные проявления сопротивления психотерапии. В каждой из перечисленных подсистем выделено несколько подтипов. В дальнейшем изучалось соотношение применения тех или иных мишеней психотерапии, а также характера интервенций психотерапевта с результатами психотерапевтического лечения. Это исследование – одна из немногих работ такого рода, где изучаются эффекты применения тех или иных психотерапевтических интервенций в отношении разных мишеней психотерапии.

Работа А.Б. Холмогоровой (2006) посвящена созданию многофакторной психо-социальной модели расстройств аффективного спектра и обоснованию модели

интегративной психотерапии данной группы расстройств. В этой работе глубоко и подробно исследуются психосоциальные факторы возникновения расстройств аффективного спектра, которые затем автор рассматривает как собственно мишени для психотерапевтического лечения. Мишени, описанные как психосоциальные и личностные феномены, такие как «патогенные культурные ценности», «дефицит навыков эмоциональной саморегуляции», «перфекционизм», «дисфункциональные семейные сценарии» и др., служат для формулирования задач психотерапии, например: развенчание патогенных культурных ценностей (культы сдержанности, успеха и совершенства), изменение негативных установок по отношению к эмоциям; развитие навыков эмоциональной саморегуляции через поэтапное формирование рефлексивной способности к остановке, фиксации, объективации (анализу) и модификации дисфункциональных автоматических мыслей; работа с актуальными дисфункциями структуры, микро- и макродинамики, а также идеологии семейной системы и др.

Стоит отметить, что термин «мишень психотерапии» больше используется в русскоязычной литературе. В иностранных источниках в сходном смысле применяется понятие «терапевтические цели». Вообще, клинико-психологическое вмешательство, как компонент и часть психотерапевтического метода, подразумевает наличие цели. Так, в авторитетном руководстве по клинической психологии и психотерапии под ред. Перре и Баумана приводится систематика терапевтических целей, по Orlinsky, Howard, включающая цели для отдельного сеанса психотерапии (непосредственные эффекты), конкретные и краткосрочные микрорезультаты, и глобальные и долгосрочные макрорезультаты. Или цели, относящиеся к процессу терапии, микрорезультатам и макрорезультатам. Описание глобальных целей психотерапевтического вмешательства более всего похоже на принятое у нас обозначение «психотерапевтических мишеней». Такие цели формулируются либо как гипотетические конструкты, выводимые из конкретной теории личности и теории расстройства (например, сила Эго, дисфункциональные когниции), либо как описание особенностей личности, подлежащих усилению (формированию) или ослаблению (например, способность к позитивной аутокоммуникации), а также как наблюдаемые феномены, требующие уменьшения или усиления (формирования) выраженности (тревога, самоэксплорация).

Таким образом, содержание понятия «мишеней психотерапии» получает формулировки очень разного уровня абстракции, которые в разной степени связаны с наблюдаемыми и экспериментально-выявляемыми феноменами, в различной мере связаны с теориями отдельных методов. В целом, они являют собой перечень бессистемных и разнородных понятий, произвольно используемых авторами в научных и методических целях.

Таким образом, нам представляется актуальным системное описание психотерапевтических феноменов, обозначаемых как «мишени психотерапии».

Наше исследование на первом этапе предполагало поиск максимального количества общих и частных формулировок, обозначаемых как «мишень психотерапии». Объектами этого изучения стала научная литература, диссертационные работы, а также протоколы клинико-психотерапевтических разборов случаев лечения пациентов врачами-психотерапевтами.

Результаты этого исследования были проанализированы и систематизированы, в том числе с привлечением нескольких групп экспертов. Представленная нами классификация психотерапевтических мишеней неоднократно обсуждалась в рамках профессиональных дискуссий. В итоге, можно констатировать тот факт, что предложенные нами определение понятия «мишень психотерапии» а также данная классификация была принята в качестве рабочей модели.

Под понятием «психотерапевтическая мишень» предлагается рассматривать проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психотерапевтический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе психотерапевтического процесса.

Это определение является рабочим, принятым для выполнения целей и задач нашего исследования, на основании экспертного метода, с учетом основных смыслов, используемых разными авторами при применении понятия «мишени психотерапии».

Для обоснования типологии мишеней психотерапии следует коснуться описания возможных плоскостей их поиска и определения.

Обобщая наиболее популярные взгляды на возможные сферы определения мишеней психотерапии, можно выделить принципиальное разделение на личностный и симптоматический уровень мишеней психотерапевтического вмешательства:

Первая плоскость, симптоматическая, подразумевает вмешательство на уровне текущих проявлений расстройства:

1. Текущие психические состояния и процессы.
2. Негативные аффекты.
3. Наблюдаемые феномены, требующие усиления или ослабления (поведение, симптомы).

Эти феномены могут требовать коррекции либо как отдельные болезненные симптомы того или иного расстройства, либо как проявления более сложных процессов, на которые необходимо воздействовать опосредованно.

Вторая плоскость подразумевает личностный уровень вмешательства:

1. Личность и ее свойства.
2. Личностные особенности, способствующие дезадаптации (какого бы характера и уровня ни была дезадаптация – кризисная, социально-психологическая, невротическая, психопатическая, психотическая).
3. Личностные диспозиции, подлежащие усилению или ослаблению.

4. Личностные феномены, относимые к факторам и механизмам возникновения и течения расстройства.

Эти позиции отражают разную степень обобщения, но в целом, указывают на необходимость поиска мишеней психотерапии в плоскости личностных механизмов (факторов) возникновения расстройств. Эти факторы довольно разнородны и относятся к разным сферам функционирования личности. Значимость тех или иных факторов в большой степени определяется теоретическими взглядами исследователей. Многие из таких механизмов описываются сугубо в рамках психотерапевтических методов в качестве предмета воздействия специальных технических психотерапевтических приемов и являются теоретическими конструктами. Но, тем не менее, в этой сфере возможно выделить клинико-психологические личностные феномены, объективизируемые в исследованиях личности у пациентов с теми или иными расстройствами. Они имеют отношение к личностным характеристикам, сфере саморегуляции, паттернам переживаний (отношений), ценностным ориентациям.

Таким образом, феномены, относящиеся к личностной сфере, можно разделить на методические (связанные с теорией отдельных методов) и нематодические (описываемые на клинико-психологическом языке).

Две указанные плоскости поиска мишеней психотерапии имеют отношение к пациенту, его личности или симптомам его расстройства. Однако межличностное взаимодействие между клиентом и психотерапевтом по праву стало занимать центральное место в понимании психотерапии. Именно взаимодействие и те отношения, которые устанавливаются между психотерапевтом и клиентом, стали рассматриваться как основное содержание психотерапевтического процесса. Психотерапевты различных направлений представляются весьма сходными в своем идеальном стиле отношений при взаимодействии со своими пациентами (Orlinsky et al., 1996). «Качество терапевтических отношений» является, согласно данным Х. Федершмидта (1996), эмпирически наиболее доказанным действенным фактором эффективности.

В связи с этим, в большинстве психотерапевтических методов имеются указания относительно требуемых параметров терапевтических отношений, необходимых для того, чтобы специфические факторы того или иного метода стали возможны. Например, для осуществления директивного вмешательства необходима соответствующая доверительная позиция пациента, а для недирективного – соответствующая активная и субъектная позиция пациента. Важнейшей движущей силой различных направлений психотерапии является система отношений «психотерапевт – пациент», и это касается не только специфических терапевтических, но также и так называемых общих, неспецифических факторов. Общие факторы, в свою очередь, также связаны со стилем и стратегией поведения психотерапевта.

Таким образом, необходимо описание **третьей плоскости** поиска мишеней психотерапии – связанных с формированием необходимых психотерапевтических

отношений, что, в свою очередь, требует воздействия на текущие межличностные процессы – степень активности, доверия, распределение ролей, особенности коммуникации и пр.

Существует еще одна, **четвертая плоскость**, которая объединяет такие факторы возникновения и поддержания расстройства, которые как будто выходят за пределы компетенции врача-психотерапевта. Но при этом регулярно возникают в терапевтическом процессе как связанные с разными аспектами обстоятельств реальной жизни и переживаний пациента и влияющими как на состояние пациента, так и на возможность проведения психотерапии. Например, актуальный семейный конфликт. Или реальный недостаток социальной интеграции пациента, затрудняющий его адаптацию и выздоровление. Это проблемы, которые приходится учитывать при планировании психотерапевтических и других лечебных мероприятий (Ляшковская С.В., 2009).

К пятой плоскости мы относим все формулировки, источником которых являются теории психотерапевтических методов, с их представлениями об этиопатогенетических механизмах психических расстройств, и прочих феноменах, подлежащих изменению.

Таким образом, предлагаемая нами типология психотерапевтических мишеней опирается на предположение о том, что любая из определяемых мишеней психотерапии будет относиться к одной из следующих 5 групп, отражающих возможные «источники» определения психотерапевтических мишеней в условиях реального психотерапевтического процесса:

1-я группа – мишени, специфичные для клинической группы (клинические проявления невротических расстройств);

2-я группа – специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента (личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющих на возникновение и динамику расстройства);

3-я группа – специфичные для психотерапевтического процесса (изменяемые параметры психотерапевтического взаимодействия);

4-я группа – специфичные для клинической ситуации (условия жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенные и патопластическое влияние на расстройство, а также на возможности и условия лечения);

5-я группа – специфичные для психотерапевтического метода (гипотетические конструкты психотерапевтических методов)

Задачей второго этапа исследования было изучение практики определения, выделения психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами при проведении психотерапевтического лечения пациентов с невротическими расстройствами, а также эффективности выбора тех или иных мишеней на основании клинико-психотерапевтического анализа психотерапевтических случаев.

Специально разработанное интервью для описания врачами проводимой психотерапии производилось однократно, после завершения лечения. Из полученного в ходе интервьюирования материала методом экспертных оценок было выделено содержание формулировок психотерапевтических мишеней, даваемых исследуемыми психотерапевтами по отношению к конкретным психотерапевтическим случаям. Полученный перечень возможных общих и частных формулировок мишеней психотерапии был проанализирован второй группой экспертов. В результате был получен скорректированный перечень мишеней психотерапии, которые применялись врачами-психотерапевтами при лечении пациентов исследуемой группы.

Всего врачами-психотерапевтами при проведении 150 психотерапевтических случаев лечения пациентов с невротическими расстройствами, отобранных для проведения второго этапа исследования, выделялись 96 психотерапевтических мишеней. Все выделенные психотерапевтические мишени были распределены экспертами второй группы по 5 предложенным на предварительном этапе группам психотерапевтических мишеней. Выделение других групп психотерапевтических мишеней не потребовалось.

В целом в том, как врачи формулировали мишени своей лечебной интервенции, можно отметить большее значение психологических и психосоциальных факторов психотерапии, по сравнению собственно симптомами невроза и с гипотетическими конструктами отдельных психотерапевтических методов.

Выбор психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами имел свою специфику и определялся этапом психотерапевтического процесса.

Анализ эффективности выбора и проработки психотерапевтических мишеней для решения задач проводимой психотерапии на разных этапах психотерапевтического процесса, проводился путем сравнения данных, полученных при проведении у пациентов исследуемой группы психодиагностических методик в начале и в конце проводимой программы краткосрочной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

После получения и статистической обработки данных исследуемая группа была разделена на 2 подгруппы, основным критерием разделения стали показатели индекса GSI методики SCL-90-R, показывающего объективную выраженность невротической симптоматики. В 1-ю подгруппу включены пациенты, у которых наблюдалась отрицательная динамика этого показателя, что говорит об объективном снижении интенсивности симптомов (до 0,7), в нее вошли 68,7% исследуемых. Во 2-ю – пациенты с положительной и нулевой динамикой индекса GSI (свыше 0,7), что свидетельствовало об отсутствии позитивного симптоматического эффекта психотерапии, в нее были включены 31,3% обследуемых. Для анализа взаимосвязи между симптоматической успешностью психотерапии и выбором психотерапевтических мишеней психотерапии

использовался точный критерий Фишера. В результате проведенной математической обработки оказалось, что клиническая (симптоматическая) динамика связана с выбором определенных психотерапевтических мишеней прямой и обратной связью.

Таким образом, с симптоматическим улучшением связан выбор на первом этапе психотерапии мишеней из 1-й (нозоспецифической) группы – особенно симптомы фобического круга оказались эффективной мишенью, – а также интервенции в отношении психотравмирующих переживаний, что логично, поскольку высота таких переживаний напрямую связана с субъективной оценкой переживаемого дистресса. Из феноменов, связанных с взаимодействием в диаде врач-пациент, значимым стал недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе. Можно предположить, что стимуляция такой активности благоприятствует симптоматической направленности психотерапевтической интервенции. А вот выбор на первом этапе психотерапии в качестве мишеней проблем с саморегуляцией, контрактных аспектов, а также вопросов взаимоотношения с психотерапевтом не коррелирует с симптоматическим улучшением.

На втором этапе психотерапии эффективным выбором, связанным с симптоматическим улучшением также становятся симптом-центрированные и проблемно-решающие векторы при выборе мишеней: симптомы, психотравмирующие переживания, трудности при решении актуальных проблем, отсутствие жизненных планов, актуальная психотравмирующая ситуация, социальная изоляция, а также проблемы осознания этиопатогенеза расстройства. При этом личностно-центрированный вектор, связанный с мишенями преимущественно 2-й и 5-й группы, не связан, во всяком случае, статистически, с симптоматическим улучшением, что на такой стадии краткосрочной психотерапии вполне объяснимо.

На третьем этапе эффективным выбором является восполнение недостатков поведенческих моделей, недостатка интеграции психотерапевтического опыта и преодоление манипулятивного поведения со стороны пациента. Неэффективным выбором являются мишени 5-й группы, как преимущественно личностно-центрированные и имеющие отношение к основному, а не завершающему этапу психотерапии. Выбор такой мишени как «неудовлетворительный контакт с пациентом» в конце психотерапии, очевидно, говорит о серьезных сбоях в процессе психотерапевтического лечения.

Можно предположить, что специфика выявленных закономерностей связана с принципом, на котором было основано разделение сравниваемых групп пациентов – а именно, фокус на симптоматическом эффекте. Следует продолжить изучение закономерностей и связей между выбираемыми мишенями психотерапии и другими изменяющимися параметрами – в частности, личностными изменениями в процессе психотерапии.

Литература:

1. Вид В.Д. *Параметры психотерапевтического процесса и результаты психотерапии* // *Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. – 1994. – № 2. – С. 20–26.
2. Винокур В.А., Новикова И.А. *Системный анализ процесса интеграции в психотерапии* // *Экология человека*. – 2015. – №4. – С. 58-64
3. Дехтяр И.Г. *Психотерапевтическая мишень в психотерапии*. – Ростов-на-Дону.: Минитайп, 2005. – 304 с.
4. Евдокимов В.И., Тонкошкурова Л.А. *Обобщенные показатели диссертаций, рассмотренных в диссертационных советах России по психотерапии и психологической коррекции в 1995-2009 гг.* // *Вестник психотерапии*. – 2010. – № 35 (40).
5. Катков А.Л. *Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование)*. Монография. – Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.
6. *Клиническое руководство по психическим расстройствам*. 3 издание / Под ред. Д. Барлоу. – СПб.: Питер, 2008. – 911 с.
7. Назыров Р.К., Ремесло М.Б., Ляшковская С.В., Холявко В.В., Павловский И.О. *Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами: методические рекомендации*. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014.
8. Овчинников Б.В. *Основные понятия психотерапии* / *Журнал практического психолога*. – 2011. – №3. – С. 29.
9. Соловьева С.Л. *с соавт. Клиническая психология*. Учебник. — СПб.: Питер, 2002.
10. Холмогорова А.Б. *Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: дисс. д. мед. наук*. – Москва, 2006.

**ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА
В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ,
СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Медведев С.Э., Бутома Б.Г.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Процесс деинституционализации, начатый в XIX веке Ф. Пиннелем, в настоящее время получает новый импульс в связи с повышением эффективности биологической психиатрии. Не случайно, согласно позиции ВОЗ [2006], деинституционализация является одним из приоритетов при реформировании системы психиатрической помощи в различных странах.

Оптимизация развития службы психического здоровья сталкивается с трудностями как принципиального, так и организационного характера:

1. До последнего времени основой клинического мышления для многих врачей является нозологический подход, то есть определение диагноза и симптомов-мишеней, используемых для планирования адекватной терапевтической программы, в то время как в реабилитации и восстановлении социального функционирования пациента для помогающего специалиста приоритетны валеоцентрические принципы [Сидоров П.И., Сейкулла Я., 2003].

2. Целесообразно начало психотерапевтической работы с семьей пациента осуществлять с первых дней манифестации/обострения расстройства [Эйдемиллер

Э.Г., Медведев С.Э., 2012], в то время как она, как правило, начинается после направления семьи лечащим врачом-психиатром к психотерапевту, то есть уже после довольно продолжительного периода обследования.

3. Можно констатировать сохранение у помогающих специалистов, имеющих немедицинскую базовую подготовку (психологов, специалистов по социальной работе) психофобических установок [Варга А.Я., 2004]. Это значительно затрудняет организацию реабилитационных мероприятий для пациентов, страдающих психическими расстройствами психотического регистра.

4. После выписки из стационара пациент переходит под наблюдение районного психиатра, что приводит к смене не только психиатра, но и психотерапевта или даже прекращению психотерапевтической работы.

Описанные противоречия актуализируются в связи с повышением эффективности биологической терапии психических заболеваний и, как следствие – актуализацией развития внестационарных форм помощи.

Трудности диалога стационарного и внестационарного звеньев психиатрической службы приводят к формированию постоянного состава пациентов психиатрического отделения, регулярно возвращающихся или фактически «живущих» в определенном стационаре.

В настоящее время на смену «вращающимся дверям» в психиатрию приходит формат «дверей открытых», что требует организации учреждений, способных оказывать лечебные и реабилитационные мероприятия в полном объеме в рамках нового формата. Таким учреждением, на наш взгляд, могло бы быть стационарное отделение (с открытыми дверями) и дневной стационар, функционирующее на одной территории, что позволяет разрешить, указанные выше противоречия. Указанная структура учреждения позволяет наиболее эффективно использовать возможности полипрофессиональной бригады специалистов для лечения и реабилитации психически больных в рамках биопсихосоциального подхода.

В полипрофессиональную бригаду входят специалисты с разными способностями и занимающие различные места в управленческой иерархии, в связи с чем вопросы лидерства, подчиненности и подотчетности нередко приводят к потере эффективности осуществляемой работы. Не случайно В.С. Ястребов с соавт. [2008] отмечают, что в практической психиатрической деятельности имеют место проблемы взаимодействия специалистов внутри полипрофессиональных бригад. Высказывается также точка зрения, что члены бригады должны придерживаться таких форм поведения, чтобы несовпадающие взгляды не вели к межперсональным конфликтам [Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова А.Я., 2004].

Сказанное требует решения ряда вопросов, связанных с необходимостью построения эффективного междисциплинарного взаимодействия участников полипрофессиональной бригады, общей целью которых является оптимальный выбор соответствующей программы реабилитации, одновременно учитывающей области профессиональной деятельности каждого ее члена. Как

считают В.С. Ястребов с соавт. [2008], «в качестве необходимого условия оказания психосоциальной помощи лицам с психическими расстройствами все больше утверждается холистический подход, который предполагает проведение комплексных мер, дифференцированных на разных уровнях воздействия – индивидуальном, семейном, институциональном или общества в целом», причем «решению этой проблемы может способствовать использование системного подхода, который широко применяется в различных отраслях науки и практики».

Исходя из сказанного, программа лечения и реабилитации должна быть разработана для «каждого больного в каждом конкретном случае» [Александровский Ю.А., 2007] и базироваться на анализе индивидуальной структуры системы психической адаптации пациента с выявлением её проблемных областей («терапевтических мишеней») и базовых саногенных механизмов, в совокупности составляющих биопсихосоциальный потенциал адаптации индивидуума.

Это помогает сформулировать необходимую персонализированную реабилитационную программу пациента, истоки представлений о которой можно обнаружить не только в формулировании Г.А. Захарьиным [1910] необходимости использования при терапевтических мероприятиях двойственного диагноза – *diagnosis morbid et diagnosis aegroti*, то есть диагноза болезни и диагноза больного — но и разграничить области компетенции каждого из членов бригады [Черников А.В., 2010]. Последнее обстоятельство актуализирует проблему организации работы различных профессионалов психического здоровья с пациентом и его семьей, а именно — интеграции и одновременно целевой координации их усилий.

Современный формат лечебно-реабилитационных мероприятий благодаря интеграции усилий профессионалов на основе биопсихосоциального (холистического) подхода позволяет добиваться «восстановления» и ресоциализации больных с психическими расстройствами [Варга А.Я., 2009; Вилкен Ж.П., Холландер Д., 2011; Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А., 2008; Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я. Сторожакова Я.А., 2013; Медведев С.Э., Коцюбинский А.П., 2013; Kuipers E., 2010; Schmidt-Kraepelin C., Janssen C.B., Gaebel W., 2009; Seikkula J., Olson M.E., 2003].

Высокий уровень квалификации достигается посредством специализации, а современный уровень оказания помощи в психиатрии — координации усилий помогающих специалистов.

При создании команды как функциональной системы ответственность специалиста должна определяться его функциональной ролью. В то же время, если какой-либо из членов бригады обладает более широким спектром компетенций, он может реализовать свои знания в смежных областях на всех этапах ведения случая, однако только при обсуждении программы реабилитационных мероприятий [Черников А.В., 2010; Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2012].

В рамках бригадного полипрофессионального обслуживания больных актуальным становится вопрос о месте, роли и значении психотерапевтических форм помощи.

В середине XX века применение общей теории систем положило начало развитию системной семейной психотерапии (ССТ) – первой психотерапевтической модели, концепция которой была сформулирована на материале семей больных шизофренией. Появление ССТ хронологически совпало с началом психофармакотерапевтической эры. Этот факт послужил причиной возникновения конкуренции между упомянутыми подходами.

Первопроходцы ССТ [Бейтсон Г., 2000; Bateson G., 1956; Bowen M., 1960] первоначально прямо заявляли об открытии более эффективного метода лечения психических расстройств по сравнению с применением лекарственных средств, противопоставляя свои радикальные воззрения столь же односторонней альтернативной точке зрения о сугубо биологической природе психических заболеваний. Этот дискурс альтернативности при обосновании системно ориентированных и сетевых моделей лечения и реабилитации в психиатрии сохранился, по сути, вплоть до настоящего времени [Seikkula J., Olson M.E., 2003].

Системный подход в психотерапии представляет собой применение общей теории к описанию процессов, происходящих в семье как открытой самоорганизующейся системе. Члены семьи взаимодействуют друг с другом и, одновременно с этим, вся система находится во взаимодействии с окружающей средой и другими социальными системами (школа, помогающие службы, окружение). При этом семья постоянно развивается, реагируя как целое на изменение среды, одновременно стремясь к сохранению гомеостаза [Черников А.В., 2010; Шойпе А.Ф., Швайтцер Й., 2011; Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2012]. Развитие семьи предполагает последовательное прохождение ею этапов жизненного цикла, на каждом из которых возникают новые для нее задачи и новые возможности. Переход такой системы от одного этапа жизненного цикла к другому сопровождается кризисом, во время которого каждая семья может стать дисфункциональной, сохраняя, однако, способность восстановить и наладить свое функционирование. Функциональная подсистема взрослых членов семьи (супругов) стабилизируется общими целями и интересами, а дисфункциональная — проблемами, болезнями и детьми [Варга А.Я., 2009; Медведев С.Э., Коцюбинский А.П., 2013; Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2012]. Функциональная родительская подсистема в период сепарации способна к гибкому реагированию и сотрудничеству, позволяющему решать текущие задачи и выстраивать долгосрочные стратегии переходя к стадии «опустевшего гнезда». Дисфункциональные семьи представляют собой ригидные системы, которые, вопреки изменениям внешних и внутренних условий, пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия как между элементами своих подсистем (членами семьи), так и с внешними по отношению к семье системами. Дисфункциональность родительской подсистемы определяет торможение в развитии семейных взаимоотношений, что особенно сказывается в период сепарации – психологического отделения от семьи

повзрослевшего сына или дочери. Это обусловлено тем обстоятельством, что тенденции гомеостаза и развития в наибольшей степени начинают противодействовать друг другу [Варга А.Я., 2009].

Опосредованность коммуникаций между родителями идентифицированного пациента (ИП) препятствует их сотрудничеству и его успешной сепарации. Выстраиваются «вертикальные» коалиции с ИП с обоснованием своей правоты выраженностью его дисфункций. Складываются коалиции между представителями разных поколений (родители, прародители), в каждой из которых участвует пациент [Боуэн М., 2005; Варга А. Я., 2009; Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2012]. Функционированию и развитию системы в данном случае препятствует именно «вертикальный» характер этих коалиций [Минухин С., Фишман Ч., 1998].

«Горизонтальные» отношения в дисфункциональных семьях, в силу их опосредованности через «идентифицированного пациента», не позволяют вырабатывать долгосрочные стратегии сотрудничества членов семьи между собой. Родители лишь кратковременно объединяются для решения экстренных и сиюминутных задач. При этом нередко идентифицированный пациент становится дисфункциональным стабилизатором диадных отношений родителей, формируя «треугольник».

В работе помогающей службы периоду сепарации аналогично психологическое отделение от семьи успешно реабилитированного объекта заботы (пациента), стремящегося к построению собственной отдельной и функциональной жизни, что порождает дисфункциональность семьи. При этом следует отметить, что система семьи и система помогающей службы, исходя из их общих потребностей и задач, изоморфны и, в силу этого, сопоставимы [Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2012]. Важно подчеркнуть, что в случае отсутствия контакта и сотрудничества между профессионалами, характер складывающихся внутрибригадных взаимоотношений фактически воспроизводит «треугольники», наблюдаемые в семьях пациентов [Медведев С.Э., Коцюбинский А.П., 2013; Черников А.В., 2010; Bowen M., 1960].

Примеры подобных взаимодействий – это и критика терапевтических назначений других членов бригады, и сомнения в профессиональной компетентности друг друга, высказываемые специалистами пациенту и его семье, и «перенаправление» больного от психиатра к психотерапевту [Bowen M., 1960] вследствие явного или скрытого конфликта с пациентом и его семьей, и отказ специалиста (психиатра/психотерапевта) от контакта с представителем смежной помогающей профессии с попыткой объединения всех функций в одном лице.

Психиатрическая служба организуется для помощи пациенту. Ее эффективность определяется улучшением состояния больных, проходящих лечение и реабилитацию, что способствует повышению адаптивных возможностей пациента и его возвращению в социум. Успешная адаптация пациента в социуме во многом определяется уровнем его социальной компетентности (СК).

В психиатрии под социальной компетенцией понимается имеющаяся у индивидуума потенциальная способность к эффективному взаимодействию с социальной средой [Schneider H., Vorweg M., 1978], способность и готовность, на основании совокупности знаний, умений и способов деятельности, к разрешению теоретических и практических задач, реализации личностью жизненных планов, соотносимых с потребностями общества.

Таким образом, в широком смысле этот термин отражает соотношение субъектности и социальности личности как имманентно присущих ему характеристик в системе взаимодействия с различными агентами социума. Иными словами, социальная компетентность – это способ эффективного взаимодействия индивида с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. Для этого требуется умение ориентироваться в социальных ситуациях, правильно оценивать личностные особенности и эмоциональные состояния других людей, выбирать адекватные способы поведения при контакте с ними. В качестве главных составляющих социальной компетентности выделяют: социальный интеллект, социальные навыки и типичный паттерн поведения в ситуациях фрустрации [Левикова Е.В., 2010, 2011].

Нами проведен анализ динамики социальной компетентности 44 пациентов, страдающих шизотипическим расстройством. Оценивался объем освоенных социальных навыков, позволяющих пациентам адекватно выполнять нормы и правила жизни в обществе в сопоставлении со средневозрастными показателями, то есть — совокупностью социальных навыков, осваиваемых большинством здоровых и адаптированных в социуме людей. С целью стандартизации и количественной оценки была избрана Шкала измерения социальной компетентности Э. Долла [Doll E.A., 2011]. Оценка «социального возраста» (СВ) идентифицированных пациентов (И.П.) и последующее вычисление социального коэффициента (СК или SQ), выражающего соотношение СВ с хронологическим возрастом (ХВ) пациента определялись по формуле $СК = СВ / ХВ \times 100$. Одним из преимуществ метода в работе с семьей является экспертный характер оценки. О наличии социального навыка можно судить по материалу фактических наблюдений референтного родственника.

В исследование были включены 23 женщины и 21 мужчина в возрасте от 18 до 30 лет, участвовавшие в программе биопсихосоциальной реабилитации не менее 12 месяцев.

Пациенты из семей, принявших участие в психотерапевтической работе, продемонстрировали рост социальной компетентности в виде повышения социального коэффициента (SQ) от $81,61 \pm 1,33$ в начале исследования до $94,09 \pm 1,22$ ($p < 0,0001$) то есть более чем на 15% через три месяца. А через 12 месяцев после начала реабилитационной программы – более чем на 32%, по сравнению с исходным уровнем (до $108,14 \pm 1,54$; $p = 0,001$).

Таким образом, результаты проводимой нами работы позволяют сделать следующие выводы:

1. Биопсихосоциальный подход и бригадное взаимодействие обеспечивают синергизм в работе по-

могающих специалистов нозо- и валео-центрической ориентации.

2. Психотерапевтическая работа с семьей пациента может проводиться параллельно с его обследованием. Сам пациент может включиться в этот процесс позднее.

3. Преодоление психофобических установок, как и других «ловушек нейтральности» [Варга А. Я., 2004] у помогающих специалистов, осуществляется в процессе супервизии и обсуждения случаев в команде помогающих специалистов.

4. В формате новой организационной формы реабилитации психически больных, которая заключается в функционировании на единой территории стационарного отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара, не происходит смены лечащего врача и психотерапевта, что способствует сохранению приверженности больного к лечебно-реабилитационному процессу.

Литература:

1. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. – М.: Когито-центр, 2009. – 182 с.
2. Гурович И.Я., Шапкова Н.Г., Висневская Л.Я. Сторожаква Я.А. Recovery (лично-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребителя психиатрической помощи. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23 – № 2. – С. 89-95.
3. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Волчек И.В. Персонализированная фармакотерапия эндогенных психических расстройств // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 52.–59.
4. Левикова Е.В. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией: автореф. дис. канд. психол. наук. – М., 2011. – 21 с.
5. Медведев С.Э., Коцюбинский А.П. Реабилитация и восстановление в отечественной психиатрии // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. / Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. — СПб.: Таро, 2013. – С. 9-13.
6. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Класс, 2010. – 208 с.
7. Bateson G., Jackson D.D., Haley J. Towards a theory of schizophrenia // Behav. Science. – 1956. – No. 1. – P. 251-264.
8. Bowen M. A Family Concept of schizophrenia / Ed. D.D. Jackson. – N.Y: Basic Books. – 1960. – 370 p.
9. Doll E. A. Measurement of social competence: a manual for the Vineland social maturity scale // Minneapolis: Educational Test Bureau, Educational Publishers, 2011. – 698 p.
10. Seikkula J., Olson M.E. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics // Family process. – 2003. – Vol. 42. – No 3. – P. 403-418.

ступу. Они точно наркотик: под влиянием разрушительных идей человек становится неузнаваем, его поведение противоречит установкам личности. Необходимо предотвратить или свести к минимуму патогенное средовое влияние. Только совместное лекарственное и психолого-реабилитационное воздействие способно удлинить ремиссию.

Поэтому, как это ни странно, психиатрия отчасти нуждается в метафизике, то есть, в нашем случае, усилиях по изменению поведения и установок личности. Мне это напоминает притчу, рассказанную в том же фильме: монах поливает сухое дерево, и на нем появляются листья. Суровая истина подсказывает, что никаких листьев не появится, но важен сам процесс и вера в успех лечения. Философ М. Эпштейн подчеркивает значение состояния неопределенности, которое активизирует энергию личности, то, что принято называть бессознательным [8]. Само действие по изменению установок личности и поведения, поиск решений «с открытым финалом», без четкого определения будущего результата, ожидание и вера в лучшее продлевают жизнь без психоза. Следует также вспомнить теорию Ж. Деррида о скрытости первоначальных конструктов, в ситуации «здесь и сейчас»; они проявятся в полной мере только со временем и могут представиться тогда совершенно другими [2]. Приступая к терапии, мы и не предполагаем, какие задачи встанут впереди. Психика как любая биологическая система ведет себя непредсказуемо, в соответствие с известной теорией и понятием «бифуркации» И. Пригожина. Куда пойдет система в каждый момент времени, предсказать трудно, даже если нам известны ее основные параметры [6]. Но это не значит, что нужно тихо сидеть и ждать, не предпринимая никаких усилий для изменения поведения человека.

Вспоминаются два высказывания, которые я слышал от матерей трудных подростков. Одна из них сказала: «пусть он лучше будет агрессивен, но останется моим сыном, чем на лекарствах превратиться в овощ». Другая, измученная постоянной агрессией сына, протестовала против его воспитания «по Макаренко» в частной школе, уверенная, что его там «сломают». Что она имела в виду? Вспомним основные принципы Макаренко: включение в труд, влияние коллектива с жесткой реакцией на нарушения, вплоть до лишения еды, возможности физического наказания, воспитание примерами из жизни и «правильного» поведения кумиров. Это именно то, что может изменить характер, и названные методы неплохо работают. Правда, за счёт превращения ребенка в социального зомби и потери им своей неповторимой изначальной личности. В приведенных двух высказываниях объединен родительский протест против как лекарств, так и психотерапии. Такое отношение к лечению всегда будет существовать, пока есть примитивная дихотомия биологического и психологического аспектов терапии.

Сугубо лекарственное лечение, стремление все решить с помощью препаратов приводит к искусственному затормаживанию реакций и появлению органической

ПСИХОТЕРАПИЯ И ЛЕКАРСТВО

Можгинский Ю.Б.

*Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина
Москва*

В стихотворении А. Вознесенского есть строка: «... так истина прощалась с метафизикой». Речь идет о суровой истине рационализма и иллюзорности идеалистических поисков. Применительно к психиатрии, условно можно сказать, что «истина» – это необходимость использования лекарственных препаратов. В свою очередь, «метафизикой» можно назвать различные методы психотерапии, с учетом ее не вполне ясных методологических основ: все же мы обращаемся к душе, поведению, инстинктам, а это, в каком-то смысле, нематериальная субстанция. Вспоминаются кадры фильма А. Тарковского «Жертвоприношение», когда герой, находящийся, судя по всему, в остром аффективном состоянии, сжигает свой дом, чтобы спасти мир от ядерного удара. Его в последних символических кадрах фильма увозит скорая помощь: истина стационарного лечения прощается с метафизикой борьбы за гармонию мира.

Может ли истина – в терапии психических расстройств – встретиться с метафизикой? Современные лекарства отдалают обострение психической болезни и уменьшают ее выраженность. После выписки больного шизофренией из стационара и применения пролонгов, ремиссия может длиться несколько месяцев и лет. Однако агрессивная информационная среда и конфликтогенное социальное окружение способствуют очередному при-

симптоматики (нейролепсия, торпидность). К тому же, психотропные препараты во многих случаях оказывают очень незначительное действие, в особенности, у пациентов с органическим, сосудистым поражением головного мозга. В свою очередь, «успешная» психотерапия, весьма вероятно, ведет к «зомбированию»; оно, чаще всего, временное, и характеризуется появлением послушного робота, выполняющего «правила поведения за столом».

«Личность и болезнь» – эта тема всегда присутствовала в научных исследованиях и клинической практике. Патологическое поведение может, в решающей степени, определяться личностью. С другой стороны, биологически обусловленный процесс может сдерживаться личностью, которая сопротивляется разрушительным, агрессивным импульсам. Личностный аспект болезни психики включают, на одном полюсе, банальное расстройство поведения у алкоголика, на другом – шизофрению, когда страдающий ею человек всеми силами сдерживает разрушительные импульсы.

Современные подходы нелекарственной терапии предполагают осуществление психотерапевтического вмешательства на ранних стадиях. Собственно, именно такой подход предлагался и М.М. Кабановым (1972) в его концепции реабилитации. Она включает, как известно, три компонента: этап восстановительного лечения, проводимого, преимущественно, в стационарных условиях; далее – этап реадaptации, приспособления пациента к социуму; на третьем этапе – собственно реабилитационном – усилия направлены на восстановление личности, самосознания и самоконтроля. От того, насколько качественно и правильно будет проведено вмешательство на первом этапе, зависит успешность и двух последующих.

Рассмотрим некоторые подходы к терапии в остром периоде на примере исследования 22 пациентов острого психиатрического отделения. Проследим динамику состояния в трех группах агрессивного поведения, являющегося наиболее частым поводом к госпитализации [5]. При импульсивной агрессии (первая группа) отмечается преобладание аффективности и внезапности, немотивированности агрессивных поступков. Личность подвергается влиянию аффектов, она утрачивает самостоятельность. В этом варианте наблюдается повышение средних показателей по шкале депрессии Бека (20,8), и подшкалам тревоги (11,5) и депрессии HADS (9,3). При сверхценной агрессии (вторая группа) аффект не имеет модулирующего характера, не определяет напрямую агрессивные действия: в основном, поведение конструируется патологической идеей, симптомами 1 ранга. Личность также оказывается «на задворках» поведения. Показатели шкалы депрессии по Беку и показатели HADS находятся в пограничной зоне (соответственно, 10,7; 5,5; 5,2). У пациентов третьей группы – ситуационном варианте агрессии – преобладает влияние личности: она напрямую определяет поступки. Указанные шкалы (Бека, HADS) вообще не содержат значимого повышения аффективности (7,3; 2,3; 5).

Психотерапия начинается уже с момента назначения лекарств. Если установлено доверие, и врач представ-

ляет для пациента авторитетную фигуру, то назначенное им лекарство подействует эффективно: оно будет действовать так, как он скажет больному. В случае психоза с аффективно-импульсивными действиями личность подавлена аффектом, и для того, чтобы начать психотерапию, необходимо сначала его купировать с помощью седативных средств. На этом фоне можно начинать суггестивное воздействие с научением оптимальным способам поведения, предугадыванию обострений, избеганию алкоголизации и употребления ПАВ. Во втором варианте агрессивного поведения личность оттеснена на задний план персекуторной идеей. При ее психотическом уровне, с наличием симптомов 1 ранга, вмешательство будет продуктивным лишь на фоне нейролептиков антибредового действия. Психологическая коррекция происходит недирективно, не задевая бредового стержня, очень аккуратно и дозированно. При ситуационной, личностной агрессии вмешиваться можно сразу и с акцентом на директивные методы.

Из всех методик психотерапии наиболее результативными оказались следующие:

- рациональная терапия;
- директивно-воспитательное воздействие;
- экзистенциальная терапия;
- экспресс-психоанализ;
- эриксоновский гипноз.

Рассмотрим их применение в отношении обозначенных нами патологических состояний. Подросток, 16 лет, раздражителен, отказывается ходить в школу. У него присутствует дистимия-пограничное состояние, которое включает депрессию и метафизику взросления. В указанном случае вначале применялась «подстройка» по М. Эриксону, который призывал максимально обеспечить свободу мышления пациента, недирективно подводя его к формулированию своей проблемы [3]. Уже выходя из кабинета, подросток вспомнил, как в детском саду думал: вот кончилась война в 1945 г., и люди должны стать лучше и добрее. Теперь, в 16 лет, он понял, что люди – это стяжатели и лгуны. Я увидел, таким образом, самопроизвольное катартическое состояние пациента и сразу им воспользовался в психотерапевтических целях. Но у этого пациента присутствовала и биологическая депрессия: подросток жаловался на тоску с тяжестью в груди. После назначения кветиапина он стал лучше спать, тоска уменьшилась. Этот смешанный, пограничный случай, сочетающий в себе психопатологию и метафизику, требовал сочетанного применения фармакотерапии и психотерапии. В качестве последней использовались приемы аналитико-катартического [1], эриксоновского [3], психоаналитического [7] подходов.

Пациент, 40 лет, облил керосином офис «Билайна», подозревая, что сотрудники компании отбирают у него деньги и, возможно, покушаются на его квартиру. Он сразу ухватился за термин «дезадаптация». «А разве они адаптированы?» – спросил он. «Они пользуются обманными технологиями для выжимания денег!? Их надо лечить так же, как и меня», – убеждал пациент. Я с ним не

спорил, не старался рационально поколебать его персекуторную идею. Говорил лишь о помощи в нормализации сна. У него были тревожные расстройства, требовавшие лекарств. Масштаб применения антитревожных и антибредовых препаратов удалось значительно уменьшить, включив, даже в самом начале, психотерапию.

У подростка наблюдаются агрессия, тики, трихотилломания, онихофагия. И на приеме, в течение сорока минут, я вижу непрекращающийся спор матери и сына, весьма напоминающий интенцию отношений Гертруды и Гамлета. Мать и сын долгопикируются между собой о том, сколько времени можно слушать плеер и слушать ли рок вообще. На моих глазах разворачивается «великая битва отхода от матери». Мне оставалось только умело подыгрывать этой драме. И ранее буксовавшая лекарственная схема – пантогам, фенибут, тералиджен – вдруг заработала.

Множество примеров касаются юношеской астении и агрессии. Ребенок не ходит в школу, зависим от компьютерных игр, проявляет агрессию. Насколько тут велико значение нарушенного треугольника: мать-отец-ребенок? И насколько выражены биологические симптомы? Отец покинул семью; подросток злиться на мать, поскольку она отдыхает после трудной работы и не уделяет ему внимание. Бабушка вынуждена играть с этим подростком в футбол, стоять на воротах. Но, опять таки, у подростка есть симптомы депрессии, требующие назначения лекарств. Поэтому применяется и психотерапия аналитического толка, и кветиапин.

Если мы выявляем непосредственную связь психотравмы и появления вегетативно-соматических симптомов, то психотерапия (включая глубинный динамический анализ) является обязательным компонентом лечения. Так, у мальчика неожиданно появились пятна на щеке и плечах, беспричинные приступы злобности. Удалось выяснить, что в 10 лет он пережил на своих глазах смерть деда. Сразу после этого появились такие же пятна. Потом, в 12 лет, они начали всегда появляться после сильных скандалов, связанных с замечаниями родителей. И никакая фармакотерапия не помогала. Только после вычленения из массы впечатлений именно данной связи, стало возможным проведение сессии и облегчения симптомов. Непосредственная зависимость психотравмы и вегетативно-соматических симптомов нацеливает на терапию, преимущественно, катартического вида.

Психодинамический анализ помогает в случае беспричинной агрессии. У женщины была внешне немотивированная злобность к матери и страх кухни. Она боялась заходить туда и принимать пищу. Ей назначались антидепрессанты и нейролептики, но названный симптом не проходил. В момент очередного обострения удалось прояснить, что в детстве мать насильно пихала ей манную кашу. Выявление подобного рода скрытых связей, проведение бесед психодинамического содержания помогло преодолеть симптом. В другом случае, подросток привязывал свою бабушку к стулу и вливал ей подсолнечное масло. Его госпитализировали и лечили нейролептиками,

расценив состояние как бред. После короткого нейролептического затормаживания у пациента вновь обострялась агрессия. Лишь после выяснения «подноготной» симптома, удалось выработать эффективную тактику. Оказывается, в раннем детстве его насильно кормили, и бабушка принимала в этом ритуале самое активное участие.

Следующий пример показывает важность раннего обнаружения скрытых семейных конфликтов. Однажды мать 12-летней девочки обратилась с заявлением в полицию и психоневрологический диспансер на осмотр дочери с целью ее принудительной госпитализации в психиатрическую больницу. В заявлении сказано, что дочь избивает ее, выставляет из квартиры вещи, что девочка «вот-вот нанесет ей побои». На самом деле мать алкоголизируется, социально запущена: поведение дочери является лишь реакцией на это. А когда женщина заявила дочери, будто она ей «не мать», на глазах обследуемой появились слезы. Вот, собственно, и вся «агрессия». На вопрос, почему она не посещает школу, девушка сказала, что боится метро, в котором у нее возникает «удушьё».

В этом примере есть признаки для установления нескольких возможных диагнозов:

- шизофрения (внешне немотивированное поведение);
- паническая атака (страх метро);
- расстройство личности (конфликты, агрессивность, дезадаптация);
- патологический (пубертатный) кризис.

Мы лишний раз можем убедиться в условности диагностических конструкторов по МКБ. Тем не менее, на их основе стоял вопрос о немедленной госпитализации девушки. Но анализ клиники показал несостоятельность подобной тактики. В то же время решение проблемы с обучением, рациональная психотерапия с разъяснением сути возникающих проблем, привитие навыков поведения в конфликтных ситуациях позволили быстро нормализовать состояние подростка.

Таким образом, в остром периоде болезни, на этапе восстановительной терапии (по М.М. Кабанову), могут быть использованы различные психотерапевтические подходы. Например, рациональная терапия применима при персекуторных симптомах. Она, безусловно, ограничена, требует умелого лавирования между суггестией и учетом «законных» идей пациента. Директивно-воспитательное воздействие используется в случае выявления бытовых мотивов появления того или иного симптома; оно касается соблюдения режима дня, нормализации семейной обстановки, правил «психической гигиены» и т.д.

Поистине, существует огромное поле для применения психоанализа или того модифицированного, современного метода, который мы сейчас под ним подразумеваем [4]. Анализ детских страхов, силовых полей между значимыми фигурами воспитания помогает установить правильные и эффективные векторы вмешательства. Экзистенциальная психотерапия близка к адаптированному, «домашнему» варианту психоанализа – понимание основных, в чем-то упрощенных, вопросов

бытия, осознание состояния «здесь-и-сейчас». Интересен своего рода синтетический способ психотерапии, наглядно представленный в практике М. Эриксона. Предложенные им формулы, как сказали бы в маркетинге, «слоганы», синтезируют в короткой фразе рациональность, психодинамику и научение. При использовании данного подхода удается подвести пациента к решению его подлинных проблем, значительно уменьшить бесплодные защитные реакции [3]. По М. Эриксону, врач становится союзником в борьбе с болезнью. И, прежде всего, благодаря точной формулировке проблемы, четко обозначенной надежде на исцеление. Этому помогают трюизмы, классические цитаты и собственные короткие утверждения. Например, Эриксон говорит пациенту: «Я не знаю, каким образом и когда изменится ваше поведение». В этой фразе есть утверждение («изменится»), которое явлено недирективно («я не знаю»). Это сразу разоружает пациента, приготовившегося противостоять «насилию» терапевта.

Литература:

1. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. – СПб.: СпецЛит., 2014.
2. Деррида Ж. Поля философии. – М.: Академический проект, 2012.
3. Джеффри К. Зейг. Испытание Эриксоном. – М.: Класс, 1999.
4. Менегетти А. Онтопсихология: практика и метафизика психотерапии. – М.: ННБФ «Онтопсихология», 2002.
5. Можгинский Ю.Б. Эмоции. Поведение. Агрессия. – М.: Миклош, 2011.
6. Пригожин И. От существующего к возникающему. – М.: УРСС, 2002.
7. Психоаналитическая психотерапия подростков, страдающих тяжелыми расстройствами. / Под ред. Д. Анастасопулос, Э. Лэйлу-Лайнос, М. Водделл и др. – М.: Когито-Центр, 2007.
8. Эпштейн М. Философия возможного. – М.: Алетейя, 2001.

РАБОТА С ЭМОЦИЯМИ В АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Назарова Н.Р.

Санкт-Петербургский государственный институт культуры
Психоневрологический диспансер №5
Санкт-Петербург

Выбор направления арт-терапевтической работы, связанного с эмоциями, обоснован тем, что для многих пациентов с психическими заболеваниями характерны проявления алекситимии. Это проявляется в том, что человек плохо ориентируется в собственных эмоциях и не способен словесно описать свое эмоциональное состояние. Человек, страдающий алекситимией, не замечает того, что происходит в его собственном внутреннем мире; все внимание сосредоточено на событиях внешних. Еще одна характеристика алекситимической личности — скудость воображения, стереотипность мышления, дефицит образного мышления, недостаточная способность к символизации. На физиологическом уровне в основе алекситимии лежит неполноценность функциональной асимметрии полушарий мозга, как межполушарной, так и внутри полушарной. Внутри полушарная асимметрия представляет собой нарушение взаимодействия между передними отделами полушарий (лобными долями) и задними областями, которые считают сенсорно-ассоциативными. Такое нарушение называют функциональным разобщением. Аналогичные по механизму, но сильнее

выраженные нарушения описаны В.Б. Стрелец (1999) при эндогенных психических заболеваниях как «функциональный блок» между соответствующими областями коры, преимущественно в левом полушарии.

По данным исследования Рагозинской В.Г. (2014), у высоко алекситимичных испытуемых были выявлены очаги повышенной биоэлектрической активности мозга в правых лобных областях коры и левых задних областях. Автор считает, что такие очаги могут быть рассмотрены с точки зрения гипотезы о «поперечной функциональной блокаде» между задними воспринимающими и передними «распознающими» отделами коры, вызывающей нарушения проведения и обработки информации. Интерпретируя полученные данные исследования с учетом функциональных значений указанных областей коры, автор предполагает, что преобладание в них тормозных процессов у лиц с высоким уровнем алекситимии связано с дефицитом вербальных средств для понимания и выражения собственных эмоциональных состояний и распознавания эмоций других людей. Выявленные особенности, предполагает автор, вероятно, могут являться причиной невозможности полноценной вербализации эмоциональных переживаний, нарушений функций рефлексии и символизации.

По данным нейрофизиологических исследований, правая височная область участвует в распознавании эмоциональной экспрессии. Полученные в исследовании Рагозинской В.Г. (2014) данные согласуются с представлениями об алекситимии как об устойчивом снижении способности индивида к распознаванию эмоционального состояния другого человека и существенные трудности в вербализации собственных эмоциональных состояний и телесных ощущений.

Осознание эмоций и выражение их в словесных категориях лежит в основе произвольной эмоциональной регуляции и опирается на высшие символические функции, реализуемые в процессе интегративной работы всех отделов мозга, при регулирующем влиянии третичных ассоциативных зон коры, в то время, как невозможность полноценной вербализации эмоциональных переживаний способствует пролонгированию вегетативных ответов и дальнейшей соматизации.

Арт-терапия может быть полезной при работе с эмоциями и эмоциональными состояниями у пациентов с выраженными алекситимическими чертами за счет специфики изобразительной работы. Во время изображения своих проблем, воспоминаний, эмоций и ощущений пациент конкретизирует их в физическом материале (используя художественные материалы, бумагу, пластические объемные художественные материалы). Видя свои проблемы в физическом воплощении, он может их проанализировать как бы со стороны или с помощью терапевта, и понять свое беспокойство и свое отношение к проблеме. Такое когнитивное отношение к эмоциям ведет к уменьшению эмоционального напряжения. Ощущение внутренней безопасности в процессе творчества в спокойной атмосфере арт-студии

также снижает негативную эмоциональную напряженность. Экспрессивная коммуникация означает одно-временное открытое выражение в своем произведении скрываемых до этого негативных эмоций и получение положительных эмоций при творческом процессе. Проблема получает визуальное выражение, и пациент сам или с помощью терапевта ищет новые пути изображения, и вместе с этим приходит и новое осмысление проблемы. У пациента начинает работать адаптационный механизм, и вместе с ним происходит трансформация через интерактивную арт-терапию. Арт-терапия включает как ментализирование, так и эмпатию, как необходимые компоненты человеческих взаимоотношений. Арт-терапевты знают, чтобы понять опыт другого человека, не обязательно вербализовать этот опыт (Hass-Cohen, 2008). Эмоциональный опыт при арт-терапии может активизировать эмпатический резонанс. Нейросканирование мозга показывает, что зеркальные нейроны активируются во время разных вариантов наблюдения за действиями другого человека (Hass-Cohen, 2008). Таким образом, работа с эмоциями в арт-терапии может быть очень продуктивной для пациентов с алекситимическими чертами личности.

В арт-терапевтической литературе работе с эмоциями отводится значительная роль, однако большинство авторов описывает либо единичные занятия, либо небольшие циклы, состоящие из нескольких арт-терапевтических сессий по данной теме. В нашем же случае работы с пациентами с психическими заболеваниями возникла необходимость длительной работы с эмоциями в арт-терапевтической группе. Поэтому в работе использовались как известные задания на рисование своего эмоционального состояния, так и различные авторские упражнения для работы с эмоциями.

Арт-терапевтическая группа была создана в медико-реабилитационном отделении психоневрологического диспансера осенью 2013 года. Группа является открытой, состав пациентов непостоянен, арт-терапевтические сессии проводятся еженедельно, продолжительностью 1,5 часа.

На первом этапе работы было важно дать пациентам возможность выражать свои эмоции доступным им способом, используя лишь художественные средства. Ноа Хасс-Коген (2008) обращает внимание на художественные материалы, с которыми лучше работать пациенту. Материалы, с которыми работает пациент, важны для регулирования эмоционального состояния. Более структурированные и плотные материалы (карандаши, маркеры, вырезки из журналов для коллажа и др.) вызывают больше спокойствия, чем жидкие краски или глина. На важность понимания символического, метафорического смысла художественных материалов указывает и Л. Штейнхард (2001). Плотные и структурированные материалы дают большее ощущение контроля над эмоциональными процессами, в то время как вязкие, жидкие, текучие материалы могут провоцировать на более сильное выражение эмоций, вплоть до фрустрации.

С учетом опыта разных авторов и нашего собственного опыта арт-терапевтической работы с пациентами, в самом начале групповой работы с эмоциями был введен ряд ограничений: разрешалось использовать только краски (акварель или гуашь), листы формата А3 и больше, и толстые кисти. Это было сделано для того, чтобы инициировать эмоциональное раскрытие и самовыражение пациентов с помощью слабоконтролируемых, текучих материалов.

На данном этапе работы задания были, например, такими: изобразите четыре любые эмоции, используя только цвет и абстрактные символы, не называйте их. После этого все созданные рисунки выкладывались на одном столе, и все члены группы ходили вокруг стола, рассматривая рисунки каждого из участников. Задачей участников было постараться угадать изображенные на рисунке эмоции и найти рисунки, чем-то созвучные собственным рисункам. Такого рода задания помогают пациентам понять, что они не одиноки, что не только им приходится переживать те или иные трудности, испытывать неприятные (или приятные) эмоциональные состояния и переживания. Также такого рода задания помогают внимательней отнестись к членам группы, найти какие-то общие, близкие черты в работах участников группы, что впоследствии может стать основой для установления более тесного контакта между членами группы.

Также на этом этапе работы было использовано упражнение по работе с «Эмоциональным монстром» – выявление телесной локализации часто испытываемых эмоций и эмоциональных состояний. Давался шаблон человеческой фигуры, который нужно было обвести карандашом, а затем цветом и символами заполнить те места внутри нарисованной фигуры, в которых скапливались и удерживались эмоции и эмоциональные состояния.

На начальном этапе работы группы была выявлена скудость вербального языка, относящегося к сфере эмоций, необходимость расширения словарного запаса, связанного с эмоциями и эмоциональными состояниями. Такого рода работа проводится в когнитивной психотерапии, и нами была разработана модель сочетания методов когнитивной психотерапии с арт-терапевтическими методиками. В этой работе нам помогла схема эмоций и эмоциональных состояний. На предлагаемой схеме в центре были представлены 5 основных чувств: радость, печаль, тоска, гнев, стыд, а в секторах, относящихся к этим чувствам, расположены как эмоциональные проявления разной степени выраженности, так и поведенческие реакции, связанные с данными пятью чувствами. Работа по этой схеме в арт-терапевтической группе строилась следующим образом: на одном занятии рассматривалось одно из центральных чувств и те слова, которые вошли в соответствующий сегмент представленной схемы. Сначала шла совместная вербальная работа по прояснению смысла каждого из слов, обозначающих степень выраженности эмоционального состояния или поведенческие проявления, относящиеся к данному чувству. При этом практически все аспекты

рассматривались с привлечением конкретных примеров и ситуаций из жизни клиентов и их реакций на эти ситуации. Затем предлагалось нарисовать один или несколько образов, отражающих наиболее значимые, либо наиболее интересные, часто испытываемые или, наоборот, редко испытываемые, состояния из данного сектора. После этого все рисунки рассматривались и обсуждались. Сами пациенты отмечали важность такой работы по расширению словарного запаса, связанного со сферой эмоций, и брали с собой схему для использования в своей повседневной жизни. После первого года работы некоторые пациенты говорили, что для них полезным было бы еще раз проработать эту схему чувств и эмоций в арт-терапевтической группе.

Параллельно с проводимой практической работой с пациентами нами проводилось небольшое срезовое исследование промежуточных результатов работы. В исследовании были использованы следующие методики: URICA (методика Дж. Прохазки и Дж. Норкросса на выявление стадии психотерапевтических изменений); опросник эмоционального интеллекта Н. Холла; методика на определение самооценки Дембо-Рубинштейна, шкала AOS (измерение уровня активности и оптимизма). С учетом непостоянного состава группы мы можем рассматривать только средние значения данных по каждой из методик.

Исследование показало, что по результатам первого года работы арт-терапевтической группы большинство членов группы оставалось на стадии предразмышлений (предварительного обдумывания), лишь два человека показали результаты, соответствующие второй стадии, стадии размышлений (обдумывания). Дж. Норкросс и Дж. Прохазка (2005) вводят стадийность как одну из основных характеристик, определяющих применимость того или иного метода психотерапии. Они называют следующие стадии изменения клиента: предварительное обдумывание, обдумывание, подготовка, действие и сохранение. Например, клиент, находящийся на стадии предварительного обдумывания, не годится для психотерапии, он не признает наличие проблемы, связанной с ним, однако может задумываться над ситуацией, испытывать дискомфорт, объясняемый, как правило, действиями и характеристиками других людей. Он может нуждаться в «чутком ухе», которому можно пожаловаться на других, выговориться и т.п.

Полученные в группе результаты можно объяснить тем, что люди, страдающие психическими заболеваниями длительное время (в нашей группе участниками являются в основном люди со стажем заболевания более 5 лет), привыкают к патерналистской модели психиатрической помощи. В этой модели лечения главенствующую роль играет не сам пациент, а врач-психиатр, поэтому пациенты перекладывают ответственность за свое здоровье и самочувствие на врача, надеясь на получение и получая быструю медикаментозную помощь при ухудшении состояния, в том числе, и при изменении эмоционального состояния.

В ходе работы группы проводилось исследование эмоционального интеллекта (по методике Н. Холла). Эмоциональный интеллект связывают, как с попытками оценить более целостно адаптивные способности индивида через его умение эмоционально взаимодействовать с другими, так и с возможностями предсказать успешность поведения в различных видах социальной активности. Люди с высоким уровнем эмоционального интеллекта хорошо понимают свои эмоции и чувства других людей, могут управлять своей эмоциональной сферой, и поэтому в обществе их поведение более адаптивно, и они легче добиваются своих целей во взаимодействии с окружающими. Отметим, что в группе измеренные результаты по шкалам эмоционального интеллекта были достаточно низкими, но по результатам первого года работы группы наметилась тенденции к увеличению такого показателя эмоционального интеллекта, как эмоциональная осведомленность, что является первым шагом в работе с проявлениями алекситимии.

В ходе проводимого исследования также были использованы методика на самооценку (Дембо-Рубинштейн) и шкала AOS. Средний балл группы по методике Дембо-Рубинштейн по шкале «Отношение к себе» составил 46 баллов, что можно интерпретировать как заниженную самооценку и пессимистический настрой относительно себя самого. По мнению Б.В. Зейгарник (2000), при психических заболеваниях нередко наблюдается не критичное отношение к своей болезни и способностям, вследствие чего самооценка больных является в одних случаях слишком завышенной, в других – слишком заниженной.

По шкале AOS, средние показатели в арт-терапевтической группе по параметрам «активность» и «оптимизм» составили 18 баллов каждый, что соответствует центральному выделенному сектору «реалисты». Отметим, что среднее значение по параметру «активность» на 1 балл превышает значение, пограничное между пассивностью и активностью. То есть, в среднем по группе активность достаточно низкая. Средний балл по параметру «оптимизм» на 2,5 балла меньше пограничного значения между пессимизмом и оптимизмом, то есть в группе преобладает, скорее, пессимистическое эмоциональное состояние. Это также проявляется вербально в обсуждениях, когда пациенты рассказывают о своих эмоциональных переживаниях. Преобладающее настроение у членов группы скорее, пессимистическое, чем оптимистическое.

Таким образом, учитывая только интерес участников к работе в группе, их желание продолжать приходить на занятия, активное выполнение всех заданий и даже предложение своих вариантов работы, можно говорить о субъективной успешности и важности арт-терапевтической работы с эмоциями у пациентов с психическими расстройствами. Но с учетом результатов проводимого исследования, можно утверждать, что работа с эмоциями в арт-терапевтической группе не может приносить быстрых объективных результатов, в связи с физиологической и нейропсихологической основой нарушения функциони-

рования мозговых структур, отвечающих за эмоциональную сферу пациентов. Длительная арт-терапевтическая работа с эмоциональной сферой оправдана и показана у пациентов с психическими заболеваниями – этот вывод несколько противоречит существующим нормативам по арт-терапии, предлагаемым в стандартах оказания психиатрической помощи, в которых на пребывание в отделении и на занятия по арт-терапии отводится довольно ограниченное количество времени.

С учетом полученных результатов для последующей работы ставились задачи поддержки позитивного настроения в группе и повышения самооценки участников, продолжалась работа над трансформацией негативных эмоциональных состояний в позитивные, работа по когнитивной переработке негативных эмоциональных состояний, по постепенному принятию на себя ответственности за свое эмоциональное состояние.

На последующих этапах арт-терапевтической работы с эмоциями нами был использован широкий спектр заданий с использованием большего разнообразия художественных материалов и меньших ограничений по выбору материалов членами группы. Выделим следующие виды предлагавшихся заданий:

- работа с «календарем эмоций» (заполнение секторов листа бумаги рисунками, символическими изображениями или же просто работа с цветом, в соответствии с испытываемыми по дням недели эмоциям);

- работа с полярными эмоциональными состояниями и их трансформация (усиление позитивных эмоций, ослабление или трансформация негативных эмоций);

- эмоциональный ответ на события, происходящие в жизни отделения, в жизни самих пациентов, на события во внешнем мире;

- метафорическое отражение эмоциональных состояний в виде разных метафор и символов; и т.п.

В работе с различным художественными материалами предлагались следующие варианты: работа с пластилином (размазывание по поверхности бумаги или картона, что дает выход агрессивной энергии); работа со старой бумагой (разрывание газет, журналов и трансформация их в папье-маше, изготовление объемных форм) и т.д.

Нами также была продолжена работа по сочетанию приемов когнитивной психотерапии и арт-терапевтической работы. Так, известная в когнитивной психотерапии схема А-В-С была проработана в рисунке. В левой части листа бумаги прорисовывалось произошедшее событие, в среднем – мысли по поводу этого события, и в правой части листа – возникшие в ответ на мысли эмоции или эмоциональное состояние.

Не все предлагаемые для арт-терапевтической работы задания и упражнения просты, доступны и понятны для каждого из участников, поскольку их психическое состояние, образовательный статус, возраст и жизненный опыт значительно различаются. Тем не менее, часто сами пациенты просили повторить некоторые задания или работу с определенными художественными материалами,

считая, что для них это является очень полезным опытом, дает свои результаты в повседневной жизни.

В заключение отметим как важность проводимой практической арт-терапевтической работы с эмоциями для пациентов с психическими заболеваниями, так и необходимость более серьезных исследований, выявляющих воздействие арт-терапевтических занятий на мозговые структуры пациентов, понимание возможных эффектов арт-терапии с точки зрения физиологии и нейропсихологии.

Литература:

1. Зейгарник, Б. В. *Принципы построения патопсихологического исследования* // Патопсихология: Хрестоматия. Сост. Н.Л. Белопольская. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Когито-Центр, 2000. – 289 с.

2. Рогозинская, В.Г. *Особенности межцентральных отношений при алекситимии* // Нейронаука в психологии, образовании, медицине: Сб. статей / Под ред. Т.В. Черниговской, Ю.Е. Шелепина, В.М. Аллахвердова, С.Н. Костроминой, О.В. Зациринской. – СПб.: Изд-во «ЛЕМА», 2014. – 148 с.

3. Прохазка Дж., Норкросс Дж. *Системы психотерапии*. – М.: Прайм-Еврознак, 2005. – 384 с.

4. Стрелец, В.Б. *Болезнь «раздвоенного» мозга* // Природа. – 1999. – №8.

5. Штейнхард, Л. *Юнгианская песочная психотерапия*. Пер. с англ. и науч. ред. Копытина А.И.. – СПб.: Питер, 2001. – 314 с.: ил.

6. *Art therapy and clinical neuroscience* / Ed. Noah Hass-Cohen, Richard Carr. Jessica Kingsley Publishers.: London and Philadelphia, 2008. – 335 p.

ФУНКЦИИ И РОЛИ АРТ-ТЕРАПЕВТА В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

Назарова Н.Р.

*Санкт-Петербургский государственный институт культуры
Психоневрологический диспансер №5
Санкт-Петербург*

Современные представления о многофакторной обусловленности психических расстройств, о большом значении в их этиопатогенезе биологических, психологических и социальных факторов определяют необходимость разработки комплексного подхода к их лечению и реабилитации. Вопрос о взаимодействии врачей-психотерапевтов, клинических (медицинских) психологов, специалистов по социальной работе является в настоящее время одним из наиболее актуальных при организации работы учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь [3].

Региональное бюро ВОЗ по европейским странам предложило бригадную форму в качестве модели организации восстановительного лечения, основанную на принципе работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады. При бригадной форме работы врач, клинический психолог, специалист по социальной работе и другие специалисты рассматривают клинико-терапевтические явления под разным углом зрения с позиции своих специальностей, взаимно дополняя друг друга. Это позволяет сформулировать конкретный для каждого больного индивидуальный план медико-, психолого-

социально-реабилитационных мероприятий (фармакотерапия, индивидуальная, семейная, групповая психотерапия, социотерапия, терапия искусством и творчеством, терапия средой и др.), в конечном счете имеющих своей целью возвращение больного в общество.

Обоснование целесообразности внедрения бригадной формы работы, примерный состав бригады, функциональные обязанности членов бригады, основные принципы взаимодействия специалистов приводятся в Методических рекомендациях “Работа врача-психотерапевта и медицинского психолога в многопрофильной бригаде специалистов в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь”. Эти методические рекомендации являются приложением к приказу Минздрава России от 26.11.96 г. № 391 “О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь” [1].

Как показывает опыт специалистов Свердловской области, многопрофильная бригада может включать в себя не более 10-12 человек, т.к. большое количество участников значительно усложняет внутрибригадное взаимодействие [2].

Особенно перспективным в создании более скоординированного плана услуг считается междисциплинарное/межпрофессиональное направление работы бригады. Для него характерно более продолжительное и тесное взаимодействие независимых специалистов в рамках регулярных (еженедельных) встреч, что делает процесс планирования и оказания услуг более конкретным и эффективным. Регулярные встречи представляют собой, главным образом, обсуждение случаев. Клиенты или члены семьи встречаются либо со всей командой, либо с отдельным ее представителем. Наличие разнообразных специалистов позволяет производить максимально точную экспертную оценку ситуации клиента, предлагать большой выбор услуг и успешно преодолевать возникающие межведомственные барьеры.

Среди качеств, характеризующих команду, многие авторы выделяют следующие: принятие ценностей и норм командной работы; умение делать вклад в общее дело; поддержка друг друга; доверие и открытость; обмен знаниями и опытом; сплоченность.

Основные принципы работы мультидисциплинарной команды – это принятая всеми цель; распределение влияния и задач; коммуникация, информированность; доверие, поддержка; достижение консенсуса; обязательное общее обучение; анализ деятельности.

Мультидисциплинарный подход сопровождается рядом трудностей. Иногда специалисты расходятся во взглядах на причины и пути решения проблем; ставят перед собой разные задачи; не всегда между специалистами складываются хорошие отношения, например из-за различий в статусе, властных полномочиях, языке [2]. Мультидисциплинарная команда специалистов в идеале – это группа специалистов различных специальностей, единомышленников, объединенных общими целями. Ей

должны быть свойственны согласованные цели и четкие задачи; определенные функции, распределение ролей и ответственности. В противном случае могут возникнуть вопросы профессиональной идентичности, вследствие взаимных наложений и пересечений функций и ролей членов бригады. Профессиональная идентичность – важный элемент самоуважения, и потому ролевые имиджи и содержание ролей членов бригады должны быть точно определены и скоординированы.

Специалисты Свердловской области считают необходимым подчеркнуть, что при бригадной форме работы значительно возрастает эффективность немедикаментозных методов лечения, они становятся приоритетными. Широко используются индивидуальные и групповые методы психотерапевтического и психологического воздействия: тренинги, ролевые игры, терапия творческим самовыражением, семейная терапия, терапия занятостью, песочная терапия, сказкотерапия, телесно-ориентированная терапия и др. Указанный комплекс мероприятий может быть обеспечен только при условии истинно партнерских отношений между участниками терапевтического процесса [2].

При обсуждении пациента каждым членом бригады с позиции своей специальности, предлагаются разные точки зрения на его проблемы и их актуальность в данный момент, обосновываются потребности во вмешательстве.

В последние годы в работу лечебно-реабилитационных учреждений, работающих с психиатрическими пациентами, активно включены специалисты с различным образованием, проводящие арт-терапевтическую работу с пациентами [4]. И хотя официальной профессии арт-терапевта в нашей стране до сих пор не существует, на местах в связи с проводимой работой таких специалистов называют арт-терапевтами.

В области клинической арт-терапии лечебно-профилактического и реабилитационного направлений в нашей стране могут работать следующие специалисты:

- врачи-психотерапевты, имеющие соответствующие дипломы и сертификаты, а также прошедшие специальную подготовку по арт-терапии;
- клинические (медицинские) психологи, прошедшие специальную подготовку по арт-терапии;
- специалисты с другой подготовкой (художники, специалисты по социальной работе, психологи с неклинической специализацией и др.), также прошедшие подготовку по арт-терапии.

Врачи-психотерапевты и психологи, при наличии у них соответствующего дополнительного образования по арт-терапии, могут проводить арт-психотерапию. Специалисты с иной подготовкой могут проводить арт-терапию в форме занятости, студийных групп или индивидуальных занятий рекреационно-терапевтической или развивающей направленности [5].

Рассмотрим основные функции арт-терапевта: определять (совместно с врачом) показания для направления пациентов на различные арт-терапевтические мероприятия. Организовывать и проводить индивидуальные

и групповые арт-терапевтические занятия; проводить арт-терапевтическую диагностику и консультирование пациентов. Своевременно ставить в известность лечащего врача об изменении в состоянии пациента; консультировать врачей и других специалистов по содержанию проводимой арт-терапии. Участвовать в совещаниях полипрофессиональной бригады; сотрудничать с другими терапевтами искусств; участвовать в реализации совместных программ и проектов учреждения. Заполнять медицинскую документацию [5].

На разных этапах лечения и реабилитации, при координации деятельности специалистов лечащим врачом, в зависимости от имеющейся проблемы ведущую роль играет один из специалистов бригады.

Предлагаем наш перечень возможных ролей, которые арт-терапевт может брать на себя в бригадном взаимодействии специалистов: 1) «пассивный» участник (в случае, если арт-терапевт не работает с конкретным пациентом и не участвует в конкретном проекте); 2) «активный» участник (в случае работы арт-терапевта с конкретным пациентом и участия в проекте); 3) «ведущий» специалист (как основной специалист, работающий с конкретным пациентом или руководитель проекта). Рассмотрим предложенные роли подробнее.

Арт-терапевт как «пассивный» участник бригады специалистов: участвует в бригадном собрании как слушатель информации о конкретном пациенте; анализирует возможности включения данного пациента в арт-терапевтическую работу (индивидуальную, групповую), определяет мишени и программы работы с пациентом; анализирует проводимый проект со стороны («внешний наблюдатель», супервизор).

Арт-терапевт как «активный» участник бригады специалистов: участвует в бригадном собрании с анализом результатов арт-терапевтической диагностики и арт-терапевтической работы с конкретным пациентом. Обсуждает возможные дальнейшие направления работы с конкретным пациентом (подключение других видов работы, других художественных модальностей, других направлений работы). Участвует в совместном проекте, в обсуждении его результатов, анализе эффективности проведенного мероприятия.

Арт-терапевт как «ведущий» специалист бригады: выступает на бригадном собрании с развернутой арт-терапевтической диагностикой, показом и анализом созданных работ конкретного пациента; анализирует возможности дальнейшей работы с конкретным пациентом. Определяет мишени, программы работы с пациентом. Руководит художественным проектом, привлекает членов бригады и других сотрудников к совместной работе, организует ее.

В медико-реабилитационном отделении нашего психоневрологического диспансера еженедельно проводятся бригадные собрания специалистов, в которых наряду с другими специалистами принимают участие и специалисты по терапии искусством. В ходе разборов пациентов важную роль играют наблюдения таких спе-

циалистов за поведенческими проявлениями и реакциями пациентов во время арт-терапевтических занятий, демонстрация художественной продукции пациентов, отражающая динамику происходящих (или не происходящих) изменений у пациента. Специалисты по терапии искусством в ходе бригадных собраний также участвуют в постановке и реализации мишеней работы с конкретными пациентами методами терапии искусством.

Приведем пример из нашей практики сотрудничества различных специалистов отделения с театральной студией при подготовке театральной постановки в медико-реабилитационном отделении ПНД. В ходе художественной работы участниками театральной студии и другими реабилитантами в сотрудничестве с другими специалистами (специалистами по социальной работе, социальными работниками, труднinstrукторами) были созданы декорации, реквизит и элементы костюмов. Психокоррекционная работа состояла в психологическом настрое и «прогоне» выступления в «малой» аудитории (в арт-терапевтической студии) с дальнейшим обсуждением эмоционального состояния участников; в помощи в снятии психофизического напряжения (использовалась штриховка на бумаге, прорисовывание напряжения, обсуждение). Также в ходе работы над постановкой проходило прорисовывание образа роли и сюжета постановки, что позволяло лучше вживаться в роль и точнее понять сюжет или имеющие сложности в ходе работы. Таким образом, психокоррекция когнитивных навыков, работа над развитием эмоциональной сферы, развитие самопонимания и уверенности в себе, развитие трудовых навыков, велась в комплексном взаимодействии специалистов медико-реабилитационного отделения.

Таким образом, одним из важных преимуществ командной формы работы является то, что специалисты, занятые в терапевтическом процессе, имеют различные специализации, постоянно совершенствуются в них, а команда специалистов в целом реализует такой набор методов воздействия и технологий, который не может быть достижим в условиях работы одного специалиста. И в заключение вернемся еще раз к цели развития командных отношений – это возникновение в бригаде, так называемого, «синергичного эффекта» [2], состоящего в том, что результат усилий членов команды оказывается больше арифметической суммы тех результатов, которые могли бы получить члены бригады, работая порознь.

Литература:

1. *Работа врача-психотерапевта и медицинского психолога в многопрофильной бригаде специалистов в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь. Методические рекомендации. Приложение 3 к приказу МЗ РФ от 26.11.1996 г. № 391 "О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь".*
2. *Поташева А.П., Малахова О.А., Борисова Л.Б., Леонтьев И.Л., Козяков С.Б. Организация многопрофиль-*

ных бригад в детско-подростковой психиатрической службе Свердловской области. Практические рекомендации. – Екатеринбург.

3. Сгибов В.Н., Николаев В.М.. Взаимодействие специалистов полипрофессиональной бригады в комплексном лечении пограничных психических расстройств. Методические рекомендации. – Пенза, 2005.

4. Копытин, А.И. Арт-терапия психических расстройств. – СПб.: Речь, 2011. – 368 с.

5. Копытин, А.И. Современная клиническая арт-терапия: Учебное пособие. – М.: Когито-Центр, 2015. – 526 с.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

**Нечипоренко В.В., Лыткин В.М.,
Баурова Н.Н., Днов К.В.**

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Санкт-Петербург*

Одной из важных задач в деле повышения боеспособности и боеготовности войск, сохранения и укрепления здоровья военнослужащих является предотвращение суицидальных происшествий в Вооруженных Силах Российской Федерации. Комплексный ее характер требует неотложных мер на разных уровнях и в различных сферах жизнеобеспечения войск (сил), с учетом реальных условий жизни и деятельности воинского контингента. Благодаря профессиональному отбору и проведению активных психопрофилактических мероприятий, уровень самоубийств у военнослужащих существенно ниже, чем среди гражданского населения; во многом это достигается за счёт комплектование воинских частей и подразделений МО РФ здоровыми военнослужащими. Вместе с тем, несмотря на проводимые мероприятия по укреплению правопорядка и воинской дисциплины, в ряде соединений и воинских частей продолжают иметь место случаи самоубийств и покушения на них.

Даже единичный случай самоубийства в воинском коллективе вызывает у его членов чувство неуверенности, пессимизма, отрицательно сказываясь на боеготовности подразделений, вызывая негативное отношение к военной службе и отрицательный общественный резонанс. Кроме

того, несмотря на то, что уровень самоубийств у военнослужащих, практически, в два раза ниже, чем в среднем по России, из общего числа погибших в результате преступлений и происшествий военнослужащих в 2014 году каждый четвертый ушел из жизни в результате самоубийств.

Знание врачами и командирами индивидуально-психологических особенностей личного состава, факторов суицидального риска, порядка действий при выявлении военнослужащих, склонных к суицидальному поведению, позволяет существенно уменьшить число суицидальных происшествий в подразделениях. Этому будет способствовать грамотно организованная и регулярно проводимая психопрофилактическая работа.

Известно, что одной из самых сложных задач суицидологии остаётся поиск ответа на вопрос: «Почему люди совершают суицид?». Провоцирующих суицидальное поведение причин достаточно много, и в основе каждой из них лежит тот или иной конфликт, переживание которого является решающим фактором при принятии решения о самоубийстве. Конфликт образуется из двух разноплановых тенденций, одну из которых составляет основная актуальная потребность (мотив, намерение, побуждение) человека, а другую – тенденция, препятствующая её удовлетворению или реализации.

Конфликтная ситуация приобретает характер суицидоопасной, когда военнослужащий осознает её как высокозначимую, а свои возможности – как недостаточные для её преодоления. Переживание при этом чувства безнадежности заставляет воспринимать суицидальные действия как единственно возможный для себя выход. Различают конфликты внутренние, внешние и смешанные.

Внутренний конфликт образуется, когда обе противоборствующие тенденции располагаются во внутриличностном плане – долг и страсть, желание и ограниченные личностные ресурсы для его реализации.

Внешний конфликт возникает, когда одна из составляющих его тенденций располагается вне личности и представляет собой элемент внешней ситуации, являющийся препятствием для актуализации потребности – запрет, приказ, требование и т.д.

Часто конфликт носит **смешанный** характер, когда существуют противоборствующие с актуальным мотивом или потребностью как внутриличностные тенденции, так и внешние факторы.

Конфликты, лежащие в основе суицидального поведения военнослужащих, могут быть классифицированы следующим образом:

1. Конфликты, обусловленные спецификой воинской деятельности:

- индивидуальные адаптационные трудности воинской службы;
- трудности или негативные результаты выполнения конкретной служебной задачи;
- межличностные конфликты с другими военнослужащими подразделения;
- служебные и межличностные конфликты со своими начальниками (подчиненными);

- неудачи в освоении воинской специальности и боевой подготовке.

2. Конфликты, обусловленные спецификой личностно-семейных взаимоотношений военнослужащего:

- несправедливое отношение (оскорбление, обвинения, унижения) со стороны родственников и окружающих;

- «неразделенная» любовь, ревность, измена любимой девушки или жены, развод;

- тяжелая болезнь или смерть близких;

- препятствия к удовлетворению актуальной ситуационной потребности;

- неудовлетворенность поведением и личными качествами «значимых лиц»;

- одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;

- недостаток внимания и заботы со стороны окружающих;

- интимно-сексуальные конфликты (половая несостоятельность).

3. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением военнослужащего:

- опасение уголовной ответственности;

- боязнь презрения окружающими в связи с асоциальным поступком.

4. Конфликты, связанные с состоянием здоровья военнослужащего:

- соматические (телесные) заболевания, особенно социально-порицаемые заболевания (сифилис, СПИД и т.д.);

- физические недостатки (дефекты речи, особенности внешности, воспринимаемые как недостатки), слабое физическое развитие;

- нервно-психическая неустойчивость.

5. Материально-бытовые трудности.

Перечисленные конфликты, фактически, являются поводами суицидального поведения. В целом, мотивы суицидального поведения военнослужащих принято разделять на личностно-семейные (утрата близкого человека, супружеская неверность, семейные конфликты, материально-бытовые проблемы) и военно-профессиональные (трудности адаптации, неуставные взаимоотношения, служебные проблемы, боязнь наказания), причем в большинстве случаев отмечается их сочетание.

Необходимо учитывать следующие особенности формирования суицидального поведения у военнослужащих:

1. Получение будущими военнослужащими информации о суицидальном поведении происходит в допризывном периоде из рассказов сверстников, книг и кинофильмов, а также в случаях самоубийств в кругу сверстников и в семье.

2. В допризывном периоде потенциально суицидоопасными являются такие факторы (и их сочетание), как психопатологически отягощенная наследственность, психическая травматизация и невротические расстройства в детском возрасте, неполная или конфликтная семья,

дефекты родительского воспитания, низкий общеобразовательный уровень, слабая физическая подготовка, злоупотребление алкоголем или наркотиками, приводы в полицию (пребывание на учете), наличие судимости, случаи самоубийств среди друзей и близких, суицидальные угрозы и суицидальные попытки ранее.

3. При поступлении на военную службу суицидальному поведению могут способствовать психологическая неготовность и нежелание служить в армии, ностальгические переживания, семейное неблагополучие и болезнь кого-либо из родственников, расставание с любимой девушкой, срок учебы и возможность направления для участия в боевых действиях в мирное время.

4. В период адаптации к военной службе возникновению конфликтных ситуаций с повышенной суицидоопасностью способствуют резкая смена жизненного стереотипа, нарушения регламентации военной службы, постоянное пребывание на виду в воинском коллективе, трудности в освоении воинской специальности. Нарастание эмоциональной напряженности вероятно из-за трудности разрешения конфликта, невозможности смены коллектива и командиров (начальников), психологической неприемлемости обращения за помощью к старшим товарищам по званию и возрасту. Нежелание делиться своими переживаниями с сослуживцами обусловлено опасением их негативной реакции, кроме того, ситуация может быть скрыта и от родителей ввиду опасений изменения отношения к себе как человеку, не оправдавшего их надежд.

5. В промежутке времени, предшествующем совершению суицидальных действий (пресуицидальный период), военнослужащие могут испытывать чувство обиды, ощущение покинутости и изоляции в коллективе, эмоциональную лабильность, фиксацию на конфликтной ситуации. Внимание потенциальных суицидентов привлечено и сосредоточено на суицидальных фантазиях, мыслях, обдумывании плана мести и совершения самоубийства. Сложившиеся неприятные условия воспринимаются как неразрешимые, безнадежные, отсутствует продуктивный поиск выхода из кризисной ситуации. На фоне пониженной самооценки и ухудшения настроения нарастает пассивное отношение к своей судьбе и будущему, происходит обесценивание жизни и утрата её смысла, усиливается замкнутость, отгороженность, безразличие к происходящему вокруг. Очень важно, что в этот период потенциальный суицидент может искать среди окружающих партнёра для сопереживания, чтобы поделиться своими мыслями, получить совет и облегчить своё эмоциональное состояние. К сожалению, из-за занятости и отсутствия суицидальной настороженности у сослуживцев, помощи он может не получить, хотя именно в это время обращает на себя внимание изменившимся поведением, по которому возможно предположить развитие суицидоопасного состояния. Не получив адекватной поддержки, военнослужащий может принять волевое решение о совершении самоубийства и осуществить его в изоляции (подвал, чердак, вне расположения части), при этом его поведение может стать формально абсолютно правиль-

ным с отсутствием каких-либо признаков переживания кризисной ситуации. То есть, период для предупреждения суицидальных действий и сохранения жизни военнослужащего будет упущен.

6. Представляется опасным и период непосредственно после совершения суицидальной попытки. Для суицидента сохраняется неустойчивое настроение, пессимистическая оценка будущего, угрозы повторения суицидальных действий, нежелание возвращаться в часть. Каждый четвёртый суицидент повторяет суицидальную попытку, а каждый десятый погибает от повторного суицида, т.е. риск повторного суицида в период непосредственно после совершения суицидальной попытки достаточно высок. Эффективной мерой в подобных случаях является направление на консультацию к психиатру, а до этого – постоянное наблюдение и пребывание военнослужащего в медицинском пункте.

7. Наиболее характерным видом суицидального поведения для военнослужащих являются суицидальные попытки демонстративно-шантажного характера. Стереотипность данного вида суицидального поведения объясняется немедленным и действенным реагированием командования на такие поступки. Истинные суицидальные попытки и завершённые самоубийства встречаются реже, что обусловлено недопущением психически больных на военную службу, их своевременное выявление в процессе службы и увольнение из армии. Наиболее часто суицидальные попытки совершают военнослужащие с акцентуациями характера и эмоциональной неустойчивостью. Среди способов суицидальных попыток у военнослужащих преобладают самопорезы вен на предплечьях и отравления различными медикаментами и техническими жидкостями. Дальнейшее прохождение службы после суицидальной попытки может осложняться из-за негативного отношения сослуживцев.

8. Суицидальные мысли в период военной службы, как правило, реализуются при неспособности адаптироваться к трудностям и нарушении межличностных отношений (в том числе и неуставных взаимоотношений). Основными причинами суицидальных происшествий в условиях военной службы являются трудности адаптации к военной службе, конфликтные отношения с сослуживцами, несправедливые наказания командирами (начальниками), неспособность выполнять обязанности по службе, неуставные взаимоотношения, боязнь наказания за совершенный дисциплинарный проступок, неблагоприятные известия из дома.

9. Недостаточное знание командирами (начальниками) и офицерами по работе с личным составом индивидуально-личностных особенностей подчинённых, их эмоционального состояния и взаимоотношений с сослуживцами может способствовать несвоевременному выявлению суицидоопасных тенденций.

10. Эффективность работы по предупреждению суицидальных происшествий в подразделениях зависит от соблюдения в частях уставного порядка и дисциплины, гармоничных взаимоотношений между военнослужащими, здорового морально-психологического климата в подразде-

лениях и целенаправленных совместных усилий командования, офицеров по работе с личным составом, медицинской службы по созданию нормальных социально-психологических условий для успешного прохождения военной службы.

В учреждениях МО РФ психопрофилактические меры по предотвращению самоубийств целесообразно проводить по трем направлениям.

1. Мероприятия психолого-педагогического характера включают в себя:

- выработку положительных установок у военнослужащих по отношению к военной специальности, направление основных усилий на сохранение и укрепление психического здоровья, создание здорового морально-психологического климата и психологической поддержки в подразделении;

- установление индивидуального контроля должностных лиц за военнослужащими с признаками нервно-психической неустойчивости, отстающими в усвоении военной специальности и физическом развитии, прибывших для прохождения службы из неблагополучных семей;

- обеспечение постепенности и систематического характера обучения военной специальности, дифференцированной подачи материала с учётом психологических возможностей каждого военнослужащего;

- внесение в план боевой и специальной подготовки мероприятий по повышению психической устойчивости личного состава (психологическому тренингу военнослужащих);

- контроль строгого выполнения распорядка дня, соблюдения режима труда и отдыха, сбалансированного соотношения умственных и физических нагрузок.

2. Мероприятия служебно-правового характера предусматривают:

- преследование в уголовном порядке случаев неуставных взаимоотношений, а также их сокрытия, независимо от тяжести и наступившего исхода;

- расследование в административном порядке всех видов суицидальных попыток с последующим возбуждением уголовных дел при наличии признаков неуставных отношений среди военнослужащих;

- активная пропаганда правовых знаний;

- контроль выполнения законов и соблюдения положений уставов всеми категориями военнослужащих.

Несмотря на то, что к сфере непосредственной ответственности командиров (начальников) подразделений относятся мероприятия психолого-педагогического и служебно-правового характера, для предупреждения суицидов имеет существенное значение взаимодействие с медицинской службой.

3. Мероприятия медицинского характера в воинских подразделениях предполагают:

- выявление наследственных и индивидуально-личностных факторов суицидального поведения с последующим выделением «группы риска»;

- изучение условий труда и быта военнослужащих для установления факторов, отрицательно влияющих на их психическое здоровье;

- проведение динамического наблюдения за военнослужащими «группы риска» с целью обнаружения возможных предпосылок конфликтов, провоцирующих суицидальное поведение;

- своевременное распознавание и устранение состояний, несущих потенциальную угрозу самоубийства, в том числе, предболезненных форм психической дезадаптации;

- проведение психокоррекции в отношении лиц, уже совершивших суицидальные попытки.

В конкретной ситуации для предотвращения суицидальных действий у военнослужащих необходимо обращать внимание на характерные признаки подготовки к самоубийству, которые можно условно разделить на три группы: словесные, поведенческие и ситуационные.

Словесные признаки:

1. Прямые и явные заявления о смерти: «Я собираюсь покончить с собой»; «Я не могу так дальше жить».

2. Косвенные намеки о суицидальном намерении: «Я больше не буду ни для кого проблемой»; «Вам больше не придется обо мне волноваться».

3. Многочисленные «шутки» на тему самоубийства.

4. Проявление нездоровой заинтересованности вопросами смерти.

Поведенческие признаки:

1. Раздача вещей, имеющих большую личную значимость, окончательное приведение в порядок дел, прощание обид и т.п.

2. Радикальные перемены в поведении, изменения в привычках, внешнем виде: появление неряшливости, пропуск занятий, невыполнение заданий, избегание общения с однокурсниками, раздражительность, угрюмость, подавленное настроение, отгороженность от друзей, семьи, чрезмерная (нехарактерная ранее) деятельность или, наоборот, безразличие к окружающему, внезапные приступы подавленности. Нарастание признаков беспомощности, пассивности, безнадежности, отчаяния и обиды.

Ситуационные признаки:

1. Социальная изоляция (отсутствие друзей), чувство отверженности.

2. Жизнь в нестабильном окружении (серьезный кризис в семье, в отношениях с родителями или родителями друг с другом).

3. Злоупотребление алкоголем.

4. Интимные проблемы, служебные конфликты или неприятности.

5. Ощущение себя жертвой насилия — физического, сексуального или эмоционального.

6. Попытки суицида раньше.

7. Совершение самоубийства кем-то из друзей, знакомых или членов семьи.

8. Переживание тяжелой потери (смерти кого-то из близких, развода родителей).

9. Излишне критическая настроенность по отношению к себе.

В заключение следует отметить, что для успешной профилактики суицидального поведения у военнослужа-

ших важнейшее значение имеет своевременный анализ семейно-бытовых (утрата близкого человека, супружеская неверность, семейные конфликты, материально-бытовые проблемы) и военно-профессиональных (трудности адаптации, неуставные взаимоотношения, служебные проблемы, боязнь наказания) факторов, потому что именно их неблагоприятное сочетание, как правило, формирует своеобразный «порочный круг», когда личные и служебные неурядицы обуславливают развитие невротических расстройств, зачастую способствуя алкоголизации, и последующему усугублению семейно-бытовых и военно-профессиональных проблем, нередко приводящих (при субъективной их неразрешимости) к суицидальному поведению. Поэтому в основе психопрофилактических мероприятий, наряду с ранним выявлением военнослужащих склонных к суицидальному поведению, должны лежать меры, предусматривающие действенную помощь в решении семейно-бытовых проблем и военно-профессиональных трудностей, а также способствующих адаптации военнослужащих к военной службе. Рекомендуемая литература (1-9) может оказаться полезной кругу лиц, решающих эту актуальную проблему военной психиатрии.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. *Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации.* – М., 1980. – 48 с.
2. Курьята В.И., Полетин А.В., Пустовит О.И. *Методика психодиагностики суицидальных намерений (учебно-методическое пособие).* – М., 2003. – 47 с.
3. Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Попик И.Г. *Диагностика и профилактика суицидального поведения военнослужащих // Воен.-мед. журн.* – 2001. – Т.322, № 9. – С. 22–29.
4. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. *Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики.* – СПб.: ВМедА, 2007. – 528 с.
5. *Особенности деятельности должностных лиц соединений и воинских частей по профилактике самоубийств военнослужащих (методическое пособие) / И.А. Дьячук, В.В. Савич, И.А. Терехова, И.А. Грибоедова.* – М., 2011. – 63 с.
6. Юнацкевич П.И. *Психолого-педагогическая диагностика и коррекция суицидального поведения военнослужащих: автореф. дис. ... канд. пед. Наук.* – СПб., 1997. – 16 с.
7. *Приказ МО РФ 2014 г. № 533 «О системе работы должностных лиц и органов военного управления по сохранению и укреплению психического здоровья военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации».*
8. *Директива Министра обороны РФ 1996 г. № Д-18 «О мерах по предотвращению самоубийств в Вооруженных Силах Российской Федерации».*
9. *Руководство по психологической работе в Вооруженных силах Российской Федерации в мирное время* – М., 1997. – 62 с.

**К ДИСКУРСУ О КЛАССИФИКАЦИИ
КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
ПРИ РАЗВИТИИ ДЕМЕНЦИИ**

Носачев Г.Н.¹, Носачев И.Г.¹, Дубицкая Е.А.²

¹ Самарский государственный медицинский университет

² Самарский психоневрологический диспансер
Самара

Парадигмальный подход к «корзине» нейронаук, включая клинические нейронауки, в той или иной степени вынужден не только привносить новые взгляды и решения, но и использовать старые термины и понятия. Но если в теоретических гипотезах это обосновано, то на практике может создавать «путаницу» и неправильные решения в сфере профессиональной компетентности и ответственности.

Улучшение демографических показателей, в первую очередь, продолжительности жизни, модернизация здравоохранения, появление на рынке новых препаратов, применяемых для лечения психических расстройств, воздействующих на когнитивные процессы, сопровождается увеличением числа методической и научно-практической литературы, посвященной синдрому деменции. При этом большая доля публикаций принадлежит неврологам [1, 2, 4, 11]. Большинство из них [2, 4, 11] считают синдром деменции следствием многих экзогенно-органических заболеваний, вкладывают в него не структурное значение симптомокомплекса, а динамическое, прогрессирующее и прогностическое значение, описывая, преимущественно, легкие и умеренные когнитивные расстройства

(«додементные психические расстройства») и уделяя их диагностике основное внимание.

С таким практическим, по существу, превентивным подходом можно было бы согласиться, если бы существовала достаточно разработанная синдромальная динамика развития деменции. Большинство неврологов [1, 2, 4, 11] и часть психиатров [2], опираясь, преимущественно, на психологические тесты и опросники (например, шкала общего психического снижения, MMSE) [4], предлагают следующие синдромальные классификации развития деменции: норма; субъективные когнитивные нарушения; умеренные когнитивные нарушения; легкая, средняя и тяжелая деменция. За неврологами в этом вопросе следуют и некоторые психиатры [8]. При этом отсутствует как симптомальная насыщенность психопатологического синдрома, так и его клиническое описание, особенно указанной тяжести синдрома деменции. Из синдромов и закономерной последовательной их смены — патокинеза (синдрокинеза) — складывается клиническая картина болезни в её статике и динамике (Снежневский А.В., Давыдовский И.В.). Поиск этих закономерностей, то есть учение о психопатологических синдромах, всегда занимали умы психиатров, достаточно вспомнить Дж. Эсктроля (1816), С. Шюле (1880), Д. Джексона (1884), С.С. Корсакова (1901), А.Е. Щербакова (1909), П.Ф. Малкина (1958), А.В. Снежневского (1960) и многих других.

Цель работы. Исходя из системного подхода, можно проанализировать, как клинические концепции психиатрии как первой, так и второй половины прошлого столетия, включая шкалы позитивных и негативных синдромов, предложенные А.В. Снежневским (1983) [9], что позволяет рассмотреть их в следующих аспектах: 1) симптом – синдром; 2) синдром – болезнь; 3) синдром – этиопатогенез; 4) синдром – морфологическая локализация; 5) синдром – статус – течение; 6) синдром – тяжесть расстройства; 7) синдром – личность; 8) классификация синдромов [7, 8].

В данной статье ограничимся рассмотрением взаимоотношений синдром – статус – течение в соотношении синдром – распад личности (синдром деменции) при экзогенно-органических психических расстройствах (заболеваниях).

При всей условности любой классификации, включая синдромальную, с разделением на позитивные и негативные шкалы, опора на синдром позволяет судить о его диагностической принадлежности. Психопатологию, основывающуюся на анализе сущности, происхождения, структуры и значения симптомов принято называть аналитической. Ограничение описания не позволяет установить, что часть симптомов является базисными, которые выражают суть психического расстройства (синдрома) без которых его нет, а другие производны от них и лишь помогают их выявить, тогда, как сами по себе они не должны рассматриваться в качестве дополнительной психической патологии.

При всей условности выделения негативных и позитивных шкал в синдромокинезе в общей психопатологии, отражающих нарастание, глубину и этапность развития

синдромов и при основных группах психических расстройств, можно говорить о некоторой специфичности синдромов при экзогенно-органических психических расстройствах, что возможно при разносторонней оценке симптомов, т.е. многоосевом подходе в психиатрии [7, 8, 10].

Рассматривая негативные синдромы как нарастающий распад (расстройство, дефект, регресс) личности, мы сталкиваемся с еще большей проблемой – определением личности. Авторы клинических описаний и указаний по диагностике МКБ-10 рубрик F60 («Расстройства зрелой личности»), соответствующим этим расстройствам, указывают, что возникают особые трудности «при попытках изложить детальные диагностические критерии, связанные с различием между наблюдением и интерпретацией» (с. 19). В рубрике МКБ-10 F00-F09 выделена группа F07 «Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждений и дисфункции головного мозга», в частности, органическое расстройство личности (F07.0).

Исходя из биопсихосоциального единства человека (личности), рассмотрим основную негативную шкалу распада личности вплоть до синдрома деменции (условно опираясь на развитие деменции при болезни Альцгеймера или деменции альцгеймеровского типа) [8], исключая возможные параллельные и пересекающиеся позитивные расстройства. Объем статьи не позволяет подробно описать клиническое содержание синдромов.

Истощаемость психической деятельности (астенический личностный сдвиг, хроническая усталость) при сохранности задатков, опыта и навыков личности характеризуется проявлением преимущественно нарушений количественных и отдельных качественных её сторон. Отмечается несоответствие глубины и длительности психической истощаемости при сравнительно небольшой умственной, реже – физической нагрузке, удлинение времени обучаемости и решения новых задач.

При субъективно осознаваемых изменениях личности мнестические и интеллектуальные способности и задатки личности формально остаются сохранными, включая результаты по нейропсихологическим тестам. Нарастающие изменения касаются, в основном, проявлений темперамента, характера и самосознания. Пациенты отмечают, что быстрая и автоматизированное использование прежних интеллектуально-мнестических способностей затруднены, новые приобретаются с некоторым трудом и требуют усилий и более длительного времени. Формализуются высшие чувства, проявляются эмоциональная непластичность, нетерпимость, которая часто оценивается личностью критически и порождает раскаяние и сплин. Решения и поведение не всегда глубоко продуманы, что в последующем требует изменения решений и извинений за поведение.

Объективно определяемые изменения личности диагностируются по субъективному предъявлению симптомов изменений личности, что при данных расстройствах заметно родным, близким, знакомым и сослуживцам пациента. Идет дальнейшая утрата преморбидных ин-

дивидуальных свойств темперамента и черт характера, а главное – социального функционирования личности. У части пациентов происходит заострение и огрубление преморбидных черт темперамента и характера, приводящих к социальным затруднениям. По МКБ-10, это соответствует легкому когнитивному расстройству (F06.7), что подтверждается и данными экспериментально-психологического исследования.

Дисгармония личности (по МКБ-10 – «Органическое расстройство личности» (F07), психопатический, психопатоподобный синдром, эксплозивный вариант психоорганического синдрома) характеризуется выраженным «шарживанием» имеющихся черт и свойств конкретной личности с нарушением критичности и управления эмоциями и руководства поведением, принятием решений, признания нового, перспективного.

Собственно описание клинических вариантов органического расстройства личности в МКБ-10 отсутствует, но там же существует раздел F6 – «Расстройства зрелой личности», которые были выделены П.Б. Ганнушкиным (1933) как психопатии, а критерии их были определены О.В. Кербиковым (1962) – как тотальность, относительная стабильность патологических черт характера (личности) и выраженность в такой степени, что приводит к социальной дезадаптации. Эти клинические проявления одновременно соответствует и психопатоподобному (психопатическому, дисфорическому) варианту психоорганического синдрома (в том числе, в МКБ-9 и в отечественных классификациях).

Снижение энергетического потенциала (умеренные когнитивные расстройства) характеризуется более существенной редукцией всей психической деятельности, в первую очередь, психической активности, продуктивности, значительном затруднении и активном использовании имеющегося объема знаний, навыков, умений. Формальная сохранность предпосылок к интеллекту, возможность его функционирования и дальнейшего совершенствования становится все беднее или делается почти невозможной. Нарастают изменения характера и становятся столь выраженными, что начинает сказываться на отношении больного к самому себе, окружающим, к деятельности. Продолжают нарастать явления аутизации и обеднения эмоциональной сферы, достигающие достаточной выраженности.

Снижение уровня личности характеризуется дальнейшим прогрессирующим снижением умственной и частично физической продуктивности, проявляющимся в затруднениях профессиональной деятельности, особенно той, которая требует активного внимания, достаточного объема оперативной памяти, усвоения параллельных даже легких заданий. Затруднено либо утрачивается активное приспособление к профессиональным и новым житейским обязанностям. Отчетливы дисмнестические расстройства, усиливающиеся при длительной привычной работе. Затруднения в оперативной и текущей памяти, которые плохо компенсируются записными книжками, ежедневниками и требуют постоянных напоминаний.

Регресс личности характеризуется выраженным распадом индивидуального облика личности. Так же, как и при предыдущем негативном синдроме, различия связаны с нозологической принадлежностью.

При одной из форм наблюдается почти полное равнодушие, безразличие к окружающему, к собственной судьбе, к пребыванию в стационаре, к приходу родных (апатия). Резко падает интенсивность волевых устремлений и, соответственно, активных целенаправленных волевых действий (абулия). При другой форме в клинической картине преобладают крайняя взрывчатость, брутальность и однообразная бедность аффекта, выраженная аффективная лабильность. Поведение отличается однообразием, бедностью вне аффективной лабильности и стереотипно однообразным возбуждением при взрывчатости. Мышление малопродуктивное, тупоподвижное со склонностью к застреванию и даже стереотипным кверулянтским и примитивным тенденциям. Полностью отсутствует критическое отношение к своему состоянию. Отмечается значительное снижение интеллектуально-мнестических функций.

При третьей форме ведущими являются беспечность, благодушие, облегченность, бестактность с невозможностью осмысления и предвидения последствий своих поступков, эмоциональных реакций, бытовых ситуаций, снижение памяти, расторможенность низших влечений при полной акритичности к поведению и высказываниям (эйфорический вариант психоорганического синдрома).

При амнестическом расстройстве (по МКБ-10, органический амнестический синдром (F04), корсаковский синдром, лакунарное (частичное) слабоумие, регрессирующее слабоумие) страдают, в первую очередь, не интеллектуальные, а, преимущественно, мнестические функции, что проявляется гипомнезией текущего запоминания, удерживания и воспроизведения некоторых событий и фактов из прошлой жизни.

Деменция (тотальное слабоумие) представлена распадом индивидуально-личностных особенностей человека, утратой высших эмоций и бедностью низших, потерей целенаправленной деятельности, амнестической дезориентировкой, распадом логических и стереотипных систем мышления, речь перестает быть функцией общения, утрачивается способность к самообслуживанию, к самоконтролю даже в обыденной ситуации, к целенаправленному пользованию одеждой, привычными предметами. В зависимости от нозологической принадлежности присоединяются (или возникают ранее) неврологические синдромы (апраксия, агнозия, афазия, парезы и параличи, судорожные припадки и др.).

Существуют и другие подходы.

Е.В. Макушкин и Л.Е. Пищикова, опираясь на данные судебной психиатрии, формируют концепцию понимания позднего возраста в судебной психиатрии и выделяют следующую этапность клинических типов инволютивных (старческих) психических расстройств [5, с.8]:

- недементные психические расстройства – личностные, аффективные, поведенческие;

- психозы;
- деменции.

Авторы предлагают четыре модели деменции: атеросклеротическая (F 01 Сосудистая деменция по МКБ-10), пресенильная (болезнь Альцгеймера), сенильная, деменция при Корсаковском синдроме, где базовыми структурными составляющими являются [5, с.10]:

- динамика: медленное течение, прогрессивность и диффузность ишемического (обкрадывающего мозг) процесса, повреждение когнитивных функций;

- дезинтеграция (рассогласованность, распад) психических функций: от личностных, аффективных и когнитивных функций;

- сохранность отдельных корковых функций (например, отдельных речевых оборотов), реже – «сознания болезни», высказывания недовольства и т.п.

Опираясь на философию и методологию науки и философию познания биопсихосоциальной модели личности [3, 6], с одной стороны, и когнитивной психологии, с другой, можно выделить при развитии здоровой личности когнитивный стиль личности (индивидуально-психологические особенности и способности, «собственно интеллект» [5, 6, 7], когнитивные образования («шаржирование», изменения характера – психопатизация (расстройства личности), способность к обучению и пользованию знаниями и навыками [3, 5-7]), когнитивные процессы (психологические процессы: память, внимание, речь, восприятие, сознание; «предпосылки к интеллекту» [7, 8]). При таком подходе становится ясно, что, хотя при разных неврологических заболеваниях, в частности, при болезни Альцгеймера, имеются клинические различия, но есть общие психопатологические закономерности. Снижение, искажение когнитивного стиля личности включает в себя истощение психической деятельности, субъективное и объективное изменение, дисгармонии личности, снижение энергетического потенциала. Снижение и искажения когнитивных образований включают в себя объективное изменение личности, дисгармонию личности, снижение энергетического потенциала, снижение личности. Когнитивные процессы, на которых любят строить всю диагностику деменций неврологи [1, 3, 4, 8, 9, 11], снижаются при объективных изменениях личности, дисгармонии личности, снижении энергетического потенциала; искажаются при дисгармонии личности, снижении энергетического потенциала, снижении и регрессе личности; утрачиваются частично при снижении энергетического потенциала, снижении и регрессе личности и полностью утрачиваются при деменции и особенно при психическом маразме.

«Новое – это хорошо забытое старое», но на новом витке развития, на новом витке знаний. «Новое» обязано опираться на старое и встав на его плечи, заглянуть далее и не отрицать, а ассимилировать и развить его.

Смешение понятий в разных медицинских специальностях приводит к их профессиональной и правовой некомпетентности и нарушению прав пациентов и граждан.

Литература:

1. *Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т. / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. 3-е изд., испр. и доп. – М.: Медицина, 2003. Т.1. – 744 с.*

2. *Захаров В.В. Диагностика и лечение деменции. Методические рекомендации – М., 2005.*

3. *Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза). – Психиатрия и психофармакотерапия. // Журн. Им. П.Б. Ганнушкина. – Т. 13, №4. – С. 9-13.*

4. *Левин О.С. Алгоритм диагностики и лечения деменции. 3-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 192 с.*

5. *Макушкин Е.В., Пищикова Л.Е. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (сообщение 2) // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 1. – С. 4-13.*

6. *Незнанов Н.Г., Мороз П.В., Мартынихин И.А. Куда идешь? Психиатрия и психофармакотерапия. // Журн. им. П.Б. Ганнушкина. – Т. 13, №4. – С. 4-9.*

7. *Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Бурдаков В.В. Органические психические расстройства (психоорганический синдром). – Самара: СамГМУ, ООО «ИПК», 2008.- 290 с.*

8. *Носачев Г.Н., Баранов В.С., Романов Д.В. Семiotика психических заболеваний (общая психопатология): учебное пособие. Изд. 5-е, исправл. и перераб.- Самара: Изд. СамГМУ, 2009. – 390 с.*

9. *Руководство по гериатрической психиатрии /Под ред. С.И. Гавриловой.- М.: Пульс, 2011.- 380 с.*

10. *Снежневский А.В. Закономерности синдромообразования и течение психических заболеваний. // В кн.: Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. Т. 1. – М., 1999.*

11. *Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменции: Руководство для врачей. 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 272 с.*

**ОТРИЦАНИЕ ЛЕГКИХ
РАССТРОЙСТВ СОЗНАНИЯ
(ОБНУБИЛЯЦИЯ, АСТЕНИЧЕСКАЯ
СПУТАННОСТЬ) В НЕВРОЛОГИИ:
КЛИНИКА, КОМПЕТЕНТНОСТЬ,
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

Носачев Г.Н.¹, Носачев И.Г.¹, Дубицкая Е.А.²

¹ Самарский государственный медицинский университет

² Самарский психоневрологический диспансер
Самара

Сознание человека было и остается одним из наиболее сложных вопросов целого ряда гуманистических (философия, психология, социология и др.) и естественных наук, в первую очередь, клинической медицины, где оно занимает ведущее место (особенно в ургентной медицине). И поэтому весьма важно иметь одну общую «инструкцию» к практическому использованию термина «расстройства сознания», чтобы понимать, оценивать, а главное успешно, своевременно и качественно лечить человека.

К сожалению, различные медицинские дисциплины не могут (или не хотят) создать единый современный (пусть рабочий, временный) подход к синдромальной оценке расстройств сознания. В качестве доказательной иллюстрации посмотрим, что сказано о расстройстве сознания в двухтомном руководстве для врачей «Болезни нервной системы» под редакцией Н.Н. Яхно, Д.Р. Штильмана (М., 2003) [1]. В главе 2 «Основные синдромы поражения нервной системы» расстройство сознания

представлено синдромами: спутанность сознания, делирий, сопор, кома. Приведем краткое описание спутанности сознания: «Термин недостаточно точный, но обычно подразумевает невозможность думать с достаточной быстротой и ясностью. Пациенты с выраженной спутанностью (значит, есть и невыраженная – авторы) способны выполнять лишь самые простые команды...» [1, с.216]. В главе 10 «Травматическое поражение нервной системы» приводится классификация расстройства сознания (по Коновалову А.И. с соавт., 1984) (семь синдромов), где не указывается спутанность, но указывается оглушение – умеренное и глубокое, при этом отсутствует легкое оглушение.

В национальном руководстве «Неврология» (М., 2009) в главе 25 автор указывает, что «определения этих понятий у разных авторов могут не вполне совпадать» [6, с.522] и тут же вводит «оригинальное» понятие: «Затемнение сознания – при незначительном снижении уровня бодрствования снижается и искажается восприятие и оценка окружающего. Возможны возбуждение, бред, галлюцинации, различные аффекты...» [6, с.522]. Термин «обнубиляция» (легкое оглушение) в настоящее время полностью исчез из соматической и неврологической литературы (сохраняется лишь в психиатрии). Между тем, на поздних стадиях цереброваскулярной патологии, особенно в геронтологии, обнубиляция встречается достаточно часто, но редко диагностируется и оценивается при проведении терапии и решении вопросов социальной адаптации, а, соответственно, и при реализации гражданских прав пациентов.

Не отстают от «моды» и некоторые психиатры. Так, И.В. Колыхалов в «Руководстве по гериатрической психиатрии» в главе, посвященной психозам позднего возраста, на первом месте описывает спутанность [2] и не упоминает оглушение.

Какова логика изложения и практического применения синдромов расстройств сознания, трудно понять. Ясно одно: как с теоретической, так и с практической стороны, нечеткость и путаница терминов количественных расстройств сознания ухудшает как диагностику, так и практику в экстренной и неотложной медицине.

Цель работы – провести клинико-синдромальный анализ правомерности выделения на современном этапе клинических нейронаук термина «спутанность» и подмены им «старого» термина «обнубиляция» (легкое оглушение).

Проанализируем термин. «Спутанность – обобщающий термин, которым называют остро развивающиеся обратимое состояние когнитивной недостаточности (синдромы: делирий, обратимая деменция, острая мозговая недостаточность). Это патологическое состояние может зависеть от многих факторов, условий и причин возникновения.

Спутанность является важнейшим (наряду с деменцией) синдромом нарушения когнитивной деятельности при экзогенно-органических заболеваниях и поражениях. Еще одной распространенной причиной

спутанности является большинство геронтологических заболеваний, при которых синдром спутанности все более вытесняет другие потенциально обратимые (так называемые функциональные) психические расстройства (депрессию, бред), и у «очень старых» пациентов (85-90 лет и более) она оказывается едва ли не единственной разновидностью психических расстройств. Спутанность представляет собой состояние, развитие которого самым непосредственным образом связано с процессами старения не только мозга, но и других органов и организма в целом. Она может возникнуть как при преимущественно свойственных старению заболеваниях мозга, так и при множестве соматических заболеваний, развивающихся в старости» [2, с. 145].

Автор без оговорок относит спутанность к рубрике F05 «Делирий», т.е. к расстройству сознания (точнее, синдрому помрачения сознания), который может включать в себя состояния от оглушения до комы (выключения сознания). Данная рубрика входит в обобщающую рубрику F0 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства», т.е. «группу психических расстройств, сгруппированных..., что у них общая четкая этиология, заключающаяся в церебральных заболеваниях, мозговых травмах или других повреждениях, приводящих к церебральной дисфункции» [3, с. 46]. Следовательно, это может быть не только в старости, хотя именно в старости они встречаются чаще, но наблюдаются и в любые другие возрастные периоды. Удивительно, что автор соединяет расстройство сознания с синдромом деменции (особенно, преходящей?), не обращая внимания на требования МКБ-10, из которых следует, синдром деменции не может быть поставлен при нарушении сознания.

На наш взгляд, в диагностике количественной и качественной патологии сознания (синдромов) могут помочь характерные общие признаки (условно обозначенные нами как симптомы), разработанные и описанные на основе целостности психической деятельности Карлом Ясперсом (1911). И хотя за прошедший век были неоднократные попытки найти другие критерии, включая современные скрининговые клиничко-психологические тесты (например, шкала Глазго, где отсутствует обнубильяция), по существу, они повторяют критерии К. Ясперса. В качестве примера приведен подход В.П. Зинченко (1991): 1) отчетливо осознаваемый образ; 2) поле ясного внимания; 3) содержание кратковременной памяти; 4) очевидный результат мыслительного акта; 5) осознание собственного Я [4, 5].

К. Ясперс выделил четыре основных критерия для диагностики качественных расстройств сознания (они могут быть распространены и на выключения сознания): 1. Дезориентировка во времени, месте, ситуации и собственной личности. 2. Отрешенность от реальной действительности, включая растерянность, сверхизменчивость внимания. 3. Расстройства мышления, включая иллюзии, галлюцинации, вторичный бред, речевые расстройства, вторичное психомоторное возбуждение, аффективные расстройства (страх, тревога, депрессия). 4. Конградные

расстройства памяти – лакунарные, тотальные амнезии [4, 5]. Клинические проявления спутанности полностью соответствуют критериям синдромов помрачения сознания, в первую очередь, синдрому делирия (не развернутый делирий, атипичный делирий, сочетание или переход делирия в оглушение и наоборот), а также онейроида и сумеречного помрачения сознания, которые могут возникать в любом возрасте при экзогенно-органических поражениях мозга.

Отнесение состояния спутанности к синдромам нарушения когнитивной (познавательной, интеллектуальной) деятельности двойственно. Любой синдром расстройства сознания включает в себя грубые нарушения когнитивной деятельности за счет выраженных нарушений когнитивных процессов (внимания, памяти, мышления, речи, но в первую очередь, самого сознания, как предпосылок к интеллекту), а также по мере углубления расстройства сознания присоединяются его сужение вплоть до утраты когнитивных образований и когнитивного стиля личности. Классическим примером является синдромальный ряд: классический делирий – профессиональный до мусситирующего делирия (синдромы помрачения сознания) или оглушение – сопор – кома (синдромы выключения сознания). Но при обратном развитии синдрома помрачения сознания (или выключения сознания) и восстановления ясного сознания симптомы расстройства сознания исчезают и восстанавливаются когнитивные функции.

Следовательно, описываемые автором клинические проявления состояния (синдрома (?)) спутанности можно представить, как взаимный переход или сочетание синдрома делирия и синдрома легкого оглушения (обнубильяции).

Оглушение (оглушенность – obturdation) – наиболее легкое непароксизмальное неполное выключение (утрата, обеднение) сознания. Выделяют три степени глубины синдрома: легкое (обнубильяция), среднее (умеренное) и глубокое (сомноленция) оглушение, два последних признаются практически всеми клиницистами.

Ведущими проявлениями оглушения являются нарастающее, углубляющее (по мере увеличения глубины синдрома) затруднение, упрощение, обеднение и значительное уменьшение яркости, гибкости, объема и глубины всей психической деятельности вплоть до полного ее исчезновения, где наиболее отчетливыми нарушениями являются дезориентировка во времени, ситуации, месте и собственной личности.

Легкая степень оглушения (обнубильяция, лат. obnubilatio – «закрывать облаками», затуманивать или «облачковидное» сознание) характеризуется дезориентировкой во времени и ситуации: больной не может правильно расположить во времени этапы своей деятельности, правильно оценить взаимоотношения людей в той или иной ситуации, изложить последовательность развития болезни, правильно назвать текущую дату, день недели, а нередко месяц и год, путает последовательность событий личной жизни. Затруд-

нено и замедлено осмысление, в первую очередь, по отношению к более сложной информации, принятию решений, предвидению, к способности прогнозировать, решать нестандартные, непоследовательные задачи. Привычные, стереотипные задачи обычно решаются, но изменение условий, усложнение заданий вызывают растерянность и недоумение. Внимание пассивное, память на текущие события затруднена; прошлое может воспроизводиться стереотипно. Больные медлительны, нередко растеряны, особенно в новых ситуациях. В привычной обстановке поведение достаточно правильное. Падают спонтанная активность, стремление к общению, к усвоению нового, к происходящим событиям, напрямую не затрагивающим больного. Речь становится лаконичной, часто стереотипной, бедной. Эмоциональные проявления уплощаются, обедняются, преобладают безразличие или реакции протеста, реже – дисфория. Симптоматика мерцает как в сторону «просветления» («люцидные окна»), так и в сторону ухудшения (утяжеления), реже – перехода в среднюю степень оглушения.

Именно «люцидные окна» в легком оглушении в сочетании с делирием создают красочное многообразие клинических проявлений, в котором продуктивная психотическая симптоматика (иллюзии, галлюцинации, вторичный бред и психомоторное возбуждение на фоне страха, тревоги) меняется на периоды разной продолжительности (минуты, часы, сутки) вялости, аспонтанности, безразличия на фоне временной дезориентировки и других симптомов клиники оглушения. И таких смен может быть несколько в течение дня, особенно в ночные часы, когда преимущественно выявляются клинические проявления делирия, днем же преобладает клиника легкого оглушения.

Для полноты клинико-синдромального анализа состояния спутанности (хотя автор сам относит его к делирию) приведем классическую клиническую картину делирия.

Ведущие симптомы делирия – дезориентировка во времени, ситуации, окружающей обстановке при сохранении ориентировки в собственной личности, растерянность, отрешенность от реальной обстановки, обилие иллюзий, истинных зрительных галлюцинаций, расстройства осмысления. Обязательные симптомы: эмоциональное напряжение (тревога, боязнь, страх), острый чувственный бред, галлюцинаторно-бредовое возбуждение, отмечается частичная амнезия, как реальных событий, так и галлюцинаторных и бредовых переживаний. Нередки вегето-висцеральные симптомы. Из факультативных симптомов наиболее часты слуховые и тактильные галлюцинации, сенестопатии.

Классический делириозный синдром развивается в три этапа (стадии). На первом этапе отмечаются изменчивость настроения, говорливость, психическая гиперестезия, расстройства сна. Нарастают суетливость, многоречивость, беспокойство, общая возбудимость, усиливаются колебания настроения от приподнятого до раздражительного, к тревоге и ожиданию беды. Появляются

наплывы образных, четких воспоминаний, чувственно ярких представлений. Помимо затруднения засыпания и поверхностного сна характерны яркие сновидения неприятного содержания.

На втором этапе присоединяются иллюзорные расстройства, преимущественно парейдолические иллюзии. Резко усиливаются гиперестезия, лабильность аффекта, нарастает дезориентировка во времени, ситуации. Личностно значимыми становятся иллюзорные переживания по сравнению с реальным миром. Симптоматика колеблется, утяжеляясь в ночные часы, а в дневное время возникают светлые промежутки («люцидные окна»). Расстройства сна становятся все более выраженными и продолжительными, при засыпании возникают гипнагогические зрительные галлюцинации.

В третьей стадии ведущее место занимают зрительные истинные галлюцинации при аллопсихической дезориентировке (во времени и месте) и сохранении ориентировки в собственной личности. Зрительные галлюцинации воспринимаются больным среди реальных предметов и сливаются с ними, но постепенно заменяются сценopodobными галлюцинациями, все больше вытесняя реальность и замещая ее. Поведение и высказывания отражают галлюцинаторные переживания, острый чувственный бред, порождая тревогу, страх, психомоторное возбуждение. На высоте делирия довольно часто, помимо зрительных, присоединяются слуховые, гаптические, обонятельные галлюцинации. Мимика экспрессивна, соответствует содержанию галлюцинаций, бреда, аффекта. Преобладающими эмоциями становятся страх или тревога, реже – депрессия. Мышление и речь непоследовательны, нередко приобретают черты бессвязности. К вечеру симптоматика резко усиливается за счет наплыва галлюцинаций, острого чувственного бреда, нарастает возбуждение, иногда с агрессивностью или аутоагрессивностью. К утру больные забываются патологическим сном, похожим на оглушение.

Вслед за третьей стадией может возникнуть профессиональный либо мусситирующий делирий, что свидетельствует об утяжелении симптоматики, особенно прогностически неблагоприятным признаком является переход в мусситирующий делирий.

У пожилых пациентов при наличии различных соматических и неврологических заболеваний с нарастанием когнитивных расстройств вплоть до синдрома деменции при сочетании делирия с обнубляющей происходит упрощение и обеднение продуктивной симптоматики и преобладания периодов обнубляющей, что ложно усиливает впечатление о степени выраженности синдрома деменции [7]. Данная диагностическая ошибка в оценке выраженности деменции приводит не только к неправильной клинической и терапевтической тактике и стратегии, но и может отрицательно сказаться на социальных и правовых правах гражданина.

В качестве иллюстрации важности компетентности и ответственности врача при диагностике легкого оглушения приведем два казуса.

Пациент 32 лет перенес закрытую черепно-мозговую травму с выключением сознания (кома – сопор – оглушение) в течение 30 часов. На вторые сутки стал самостоятельно вставать, бродил по коридорам, путал палаты, этажи, койку. В течение недели относительно освоился в отделении, охотно встречался с родными и знакомыми, звонил по телефону, отдавал распоряжения, но часто не последовательные и противоречивые. По тесту MMSE – легкая деменция. На третьей неделе по настоянию пациента был выписан с рекомендациями лечения у невролога в поликлинике. Через месяц после ЧМТ пациент в сопровождении родственников обратился за консультацией к психиатру в связи с когнитивными (интеллектуальными) затруднениями, возникающими преимущественно в виде ошибочных распоряжений в собственной частной компании. Синдромальный диагноз «Ундулирующее легкое оглушение». Совместные с неврологом лечебно-реабилитационные мероприятия позволили компенсировать и адаптировать имеющиеся ранее когнитивные и поведенческие расстройства. Катанез: через 6 и 12 месяцев подтвердился благоприятный прогноз, социальная и личностная адаптация.

Пациентка 68 лет, наследственности отягощена неврологическими заболеваниями: отец – повторные инсульты, мать – паркинсонизм. Детство и юность – без серьезных проблем и девиаций. Успешно закончила пединститут. Работала всю жизнь учителем. Одинокая пенсионерка. Соматические диагнозы: Ишемическая болезнь сердца I-II ст., стенокардия напряжения. Гипертоническая болезнь II-III ст., частые гипертонические кризы на фоне терапии.

К специалисту психиатру на консультацию обратился адвокат. Подэкспертная обратилась к адвокату с просьбой представлять её интересы по сделке, по которой она оформила акт дарения двухкомнатной квартиры дочери соседки по дому. Пояснила, что она «не помнит факт заключения сделки», «как я могла подарить единственную квартиру, я была нездорова», «смутно помнит, что вызывала скорую помощь в связи с резкими головными болями, с трудом передвигалась», «вроде бы просила соседку вызвать скорую помощь», «был в квартире мужчина в белом халате, уходил, приходил», были еще какие-то люди, но что они делали и что делала сама – не помню».

По предложению специалиста было проведено адвокатское расследование. Получена медицинская документация врача скорой помощи и показания адвокату. Выяснилось, что врач скорой помощи дважды выезжал к подэкспертной в 9.30 и 13.20 в день совершения сделки. Из медицинской записи врача скорой помощи: «Состояние средней тяжести. Оглушена. Дезориентирована во времени и ситуации. Жалобы на головную боль, разбитость, слабость. АД 210/170, тахикардия – 90 уд. в мин. От госпитализации отказалась». Вторая запись практически аналогична (в 13.20 – АД 220/160). Вновь отказалась от госпитализации.

Адвокат предложил специалисту дать заключение специалиста. Вывод специалиста: подэкспертная в мо-

мент совершения сделки находилась в «таком состоянии» (статья 177 Гражданского кодекса РФ) – два гипертонических криза с количественным расстройством сознания (оглушение). В момент заключения сделки между кризами продолжала оставаться в состоянии оглушения (астенической спутанности – легкое оглушение), т.е. не могла осознавать (понимать) значение своих действий. Суд признал сделку недействительной и отменил факт дарения квартиры чужому человеку.

Признание существования клиники легкого оглушения (обнубиляции) с различными вариантами течения (кратковременного, ундулирующего или затяжного), понимание его клинического значения для лечебно-реабилитационных мероприятий, позволяет сохранить личностный, социальный и гражданско-правовой статус пациента. И одновременно свидетельствует о высокой компетентности и ответственности врача перед пациентом и обществом.

Литература:

1. *Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т. / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. 3-е изд. испр. и доп. – М.: Медицина. – 2003. Т.1. – 744 с.*
2. *Колыхалов И.В. Психозы позднего возраста. Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И. Гавриловой. – М.: Пульс, 2011. – С. 145 – 194.*
3. *Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина.- СПб.: Аддис, 1994. – 300 с.*
4. *Острый и подострый периоды черепно-мозговой травмы (клиническая классификация и синдромология, построение диагноза и оказание неотложной помощи): учебно-методические пособие / Под ред. Г.П. Котельникова и Г.Н. Носачева.- Самара: Сдружество, ГОУ ВПО «СамГМУ», 2005.- 128 с.*
5. *Патология сознания. Диагностика и оказание неотложной помощи: учебно-методическое пособие для врачей догоспитального этапа и студентов старших курсов. / Г.Н. Носачев, В.С. Баранов, И.Г. Носачев и др. – Самара: Перспектива, СамГМУ, 2002. – 76 с.*
6. *Неврология: национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцова, А.Б. Гехт.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1040 с.*
7. *Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Бурдаков В.В., Романов Д.В., Дубицкая Е.А. Органические психические расстройства (психоорганический синдром). – Самара, 2008.- 290 с.*

CASE-MANAGEMENT В ПСИХОТЕРАПИИ: ОПЫТ МОДИФИКАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ РАЗБОРОВ

Нюхалов Г.А., Шувалова Т.В.

*Областной психотерапевтический центр ООКПБ №2
Оренбург*

Актуальность статьи определяется значительной зависимостью психотерапии от научно-технического прогресса, от изменений мировоззренческих и культурных ценностей. Психотерапия – неклассическая наука. Неклассические науки можно охарактеризовать по ряду параметров – объект, цели, деятельность, тенденции развития, структура знания, субъект. Если классические науки изучают устойчивые природные явления и рассматривают свой объект как относительно неизменный, то неклассические науки имеют дело с объектами, меняющимися в процессе человеческой деятельности и порождаемыми ею (так, доминирующие формы психической патологии непрерывно меняются в процессе развития культуры и общества). Неклассические науки, в отличие от классических, изучают объект не ради постижения истины, а ради активного влияния на него; в классических науках доминируют процессы специализации, в неклассических – тенденции к интеграции, к вовлечению в свою сферу все новых знаний и методов из смежных наук. Знание в классических науках – это, прежде всего, знание об объекте изучения. Знание в неклассических науках имеет многослойный характер – это знания об объекте, знания о методах его исследования и знания о том, как

работать с ним. Субъект классической науки – ученый, широко образованный в своей области. Неклассическая наука имеет коллективного субъекта, так как исследования в неклассической науке предполагают взаимодействие специалистов из разных областей, которые хорошо знакомы со спецификой деятельности друг друга. Все эти критерии можно отнести к современным наукам о психическом здоровье – клинической психологии, психиатрии и психотерапии [1].

Современная тенденция к междисциплинарной интеграции позволяет внедрять новые, перспективные подходы и в психотерапии.

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

Клинические разборы – это основа, стержень, само естество профессионализма. Это – клиничко-психопатологическая беседа с больным в контексте истории его болезни и экспериментально-психологического заключения, затем выступления присутствующих – «коллективное творчество врачей». Клинические разборы – это живые конкретные примеры взаимодействия феноменологического и герменевтических методов: речь идет о непредвзятом и, по возможности, полном описании спонтанного поведения больного в разное время, в различных ситуациях, с разными людьми, в том числе, со своим врачом и взаимодействия с ним в ходе общения и беседы. Беседы как способа установления неформальной коммуникации с больным, а не простого получения информации. Достижение неформальных отношений качественно повышает информативность [2].

Однако «классический» психиатрический разбор предполагает ряд ограничений, прежде всего, это касается формата участия самого исследуемого: исследуется, как правило, не он сам, а его нозология. Техническая и методологическая процедура разбора предполагает обсуждение нозологии без пациента, а, следовательно, ведёт к обезличиванию не только за счёт «навешивания ярлыка-диагноза», но и за счёт демонстрации малой значимости человека даже в обсуждении его собственной проблемы. Терапевт, который сообщает пациенту результаты клинического разбора, ставит его перед необходимостью усвоить предписываемые нормы. Таким образом, по словам Фуко, «лечебница, как дисциплинарная система является также местом формирования особого рода дискурса истины» [3].

Все эти проблемы можно попытаться решить, внедряя новую форму разбора. Кейс-конференции (case-management) это современный 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 [4].

На принципах этики, деонтологии и дестигматизации, с использованием т.н. мультимодальной психотерапии проходит представление, обсуждение, разбор пациента и его проблем в его личном присутствии. На этом разборе присутствует группа высококвалифицированных специалистов центра (врачей-психотерапевтов), а также специалист по социальной работе, психолог, психиатр. Пациент на равных может задать любой интересующий его вопрос любому из специалистов. Обсуждение включает вопросы диагностики, лечения и реабилитации и те вопросы (кейсы), которые поставили перед собравшимися пациент и его терапевт. При этом, основным этапом, так же, как и в балинтовской группе, является обсуждение, ибо «интерпретация активно питает симптом» (Лакан Ж. [5]).

Кейсы (case), т.е. базовые понятия, вокруг которых строится обсуждение во время представления пациента, могут быть разнообразными и соответствовать актуальным на данный момент вопросам, таким как – 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. [6].

Это могут быть этапы терапии, соответствующие направлению, которое применяют психотерапевт со своим клиентом (например, выявление, проработка и изменение иррациональных убеждений), структура личности клиента (например, оценка неизменяемого, оценка развития, оценка защит, оценка аффектов, оценка идентификаций, оценка паттернов отношений, оценка самоуважения и патогенных убеждений [6]), 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 известные оси в принятой классификации DSM).

Подробная методология продолжает разрабатываться, однако уже первые разборы показали значительную терапевтическую силу и получили положительные отзывы от большинства участников этого процесса. Метод case-management психотерапии – инструмент, позволяющий применить теоретические знания в решении практических задач, способствующий 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. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Никитина И. В., Пуговкина О. Д., *Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы* // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2009. – Т XIX, №3. – С. 92-99.
2. *Клинические разборы в психиатрической практике* / Под ред. А.Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 704 с.
3. Фуко М. *Психиатрическая власть: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973-1974 учебном году*. Пер. с фр. – СПб.: Наука, 2007. – 450 с.
4. Гришакина О.П. *Метод casestudy (разбор конкретных ситуаций): как один из вариантов применения в практике образования современных педагогических технологий* // *Интернет-журнал «Педфорум», 25 декабря 2011 [Электронный ресурс]* – Режим доступа: <http://pedagogie.ru/stati/pedagogicheskie-tehnologi>.
5. Винокур В.А. *Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы: учебное пособие*. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 191 с.
6. Мак-Вильямс Н. *Формулирование психоаналитического случая*. Пер. с англ. – М.: НФ Класс, 2015. – 328 с.

ВОПРОСЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИЗ ГРУППЫ ПСИХОТИЧЕСКОГО РИСКА

Омельченко М.А., Румянцев А.О., Каледа В.Г.

*Научный центр психического здоровья РАМН
Москва*

В последние десятилетия внимание исследователей занимает проблема раннего распознавания больных из группы риска по манифестации психоза и тактика их терапевтического ведения. Широко обсуждается целесообразность и эффективность различных видов терапии, от психосоциальных мероприятий, применения адаптогенов, до назначения лекарственных средств, в том числе и нейролептиков.

Цель исследования – оценить эффективность нейролептической терапии в когорте больных с психотическим риском в отношении дальнейшего течения и манифестации психоза на трехлетний катамнез.

Материал и методы. Обследовано 66 больных юношеского возраста (16-25 лет), госпитализированных в клинику ФГБУ «НЦПЗ» РАМН с 2011 по 2013 г. с психотическими психическими расстройствами (формализованные диагнозы по МКБ-10: F32.1, F32.2, F34.0, F34.1; F61.x и F21.x), относящихся к группе психотического риска [Каледа В.Г. с соавт. 2012; Омельченко М.А. с соавт. 2016] по шкале SOPS (the Scale of Prodromal Symptoms). Повторно больные обследованы через 3 года. Применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнезический и психометрический методы: шкала оценки

продромальных симптомов SOPS, шкала медикаментозного комплаенса [Лутова Н.Б. и др., 2007].

Результаты и обсуждение. При проведении психофармакотерапии в стационаре у больных группы психотического риска выявлена неэффективность монотерапии антидепрессантами. Для купирования расстройств психотического уровня все больные нуждались в назначении антипсихотиков. Предпочтение отдавалось атипичным антипсихотикам (кветиапин, рисперидон, оланзапин, арипипразол) в средней суточной дозе, в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 170,1 мг/сут. Проведение комбинированного лечения позволило существенно снизить степень выраженности симптоматики психотического спектра (с $37,1 \pm 7,8$ баллов при поступлении до $15,3 \pm 4,6$ баллов при выписке, по шкале SOPS), при этом полностью исключить психотический риск у больных было нельзя. Всем пациентам при выписке было рекомендовано продолжение поддерживающей психофармакотерапии, назначенной в стационаре. На момент катамнезического обследования у больных не была достигнута полная приверженность терапии ($35,9 \pm 2,6$ баллов из возможных 55). При анализе уровня комплаенса было выявлено, что основным фактором, снижающим комплаентность, было «отношение к медикации». Больные самостоятельно снижали дозы препаратов, уменьшали кратность приема, объясняя такое поведение тем, что выздоровели и более не нуждаются в высоких дозах терапии. Некоторые имели установку принимать назначенную схему лечения в течение 1-2 месяцев с последующим полным прекращением лечения. В меньшей степени на комплаентность влияли факторы, связанные с близким окружением и лечащим врачом. Таким образом, завершения катамнезического обследования 38 больных (57,5% случаев) принимали лечение в течение года после выписки, 12 пациентов (18,2% случаев) прекратили лечение в течение 2 месяцев и 16 больных (24,4% случаев) продолжали прием поддерживающего лечения.

Было установлено, что за время 3-хлетнего катамнезического наблюдения у 5 больных (7,7% случаев) развился манифестный психотический приступ. 3 больных совершили заверченный суицид (4,5% случаев). У оставшихся 58 пациентов (87,9% случаев) исходы на трехлетний катамнез оказались неоднозначными.

У 12 больных (20,7% случаев) исход определялся как благоприятный. После выписки такие больные принимали поддерживающую терапию, в среднем, 6 мес. ($\pm 5,1$ мес.), далее самостоятельно прекращали лечение. Психическое состояние оставалось стабильным. Пациенты восстанавливались и оканчивали ВУЗы, приступали к работе, совершали карьерный рост. На фоне сохранения прежних социальных контактов устанавливали новые, вступали в постоянные отношения, оформляли брак. Сфера интересов сохранялась на доболезненном уровне, больные наполняли свой досуг различными увлечениями и хобби, предпринимали туристические поездки. В целом пациенты были довольны качеством жизни, оценивали себя как активных членов социума.

Относительно благоприятным можно было считать исход для 17 пациентов (29,3% случаев). Средняя длительность поддерживающей терапии составила 14 мес. ($\pm 10,2$ мес.). На момент завершения трехлетнего катамнеза, в той или иной степени сохранялись имевшиеся при поступлении когнитивные расстройства, чаще в виде нарушений абстрактного мышления, трудностями оперирования отвлеченными понятиями, классификации, обобщения. Это сказывалось на снижении уровня успеваемости при восстановлении в ВУЗах или отчисление из них, в последующем трудоустройстве не по специальности на малоквалифицированных должностях. Однако, что касается сферы межличностных отношений, пациенты оставались довольно успешными, сохраняли, как минимум, прежний круг знакомых, создавали семьи. Качество жизни больные оценивали как довольно высокое.

Относительно неблагоприятный исход сформировался у 15 больных (25,9% случаев). После выписки поддерживающую терапию пациенты принимали, в среднем, $21,8 \pm 14,2$ мес. Никто из больных не восстановился в ВУЗе и не устроился в дальнейшем работать по специальности. Пациенты находили свою «нишу» в творческих направлениях (арт-дизайн, музыкальные коллективы) или устраивались на низкоквалифицированных работах. Было установлено, что уровень восстановления в области межличностных отношений у таких больных был снижен. Отмечалось существенное сужение круга знакомых и трудности в поддержании длительных партнерских отношений.

Неблагоприятным оказался исход у 14 больных (24,1% случаев). Длительность поддерживающего лечения у таких больных была наибольшей (11 пациентов – 78,6% случаев принимали психофармакотерапию на протяжении всего периода катамнеза). Ни один пациент не достиг уровня доморбидного функционирования. 10 больных (71,4% случаев) не учились и не работали, находились на иждивении у родственников, больные не имели устойчивых интересов, круг общения был представлен преимущественно родственниками. Ни у одного пациента не было сформировано устойчивых партнерских отношений.

Выводы. По сравнению с данными литературы [Fusar-Poli P. et al., 2012], в настоящем исследовании уровень манифестации психозов в группе больных психотического риска при проведении нейролептической терапии оказался существенно ниже: 7,7% против 24-35%, при этом общее количество благоприятных исходов составило 50%. Таким образом, можно предположить, что превентивное назначение нейролептической терапии у больных из группы психотического риска значительно снижает частоту манифестации психоза и благоприятно влияет на дальнейшее течение заболевания, улучшая его исход.

Литература:

1. Каледа В.Г., Мезенцева О.Е., Крылова Е.С., Бархатова А.Н. Особенности доманифестного этапа эндогенного психоза с первым приступом в юношеском возрасте // Журн. Неврол. и психиат. – 2012. – №5. – С. 22-28.
2. Омельченко М.А., Румянцев А.О., Каледа В.Г. Динамика психопатологических симптомов ультравысокого риска манифестации шизофрении у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста // Журн. неврол. и психиат. – 2016. – № 2. – С.16-21.
3. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вукс А.Я., Вид В.Д. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. – 26 с.
4. Fusar-Poli P., Bonoldi I., Yung A., Borgwardt S., Kempton M., Barale F., Caverzasi E., McGuire P. Prediction psychosis: meta-analysis of transition outcome in individuals at high clinical risk. // Arch. Gen. Psychiatry. – 2012;69(3):220-229.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Полвонов Р.О., Абдуллаева В.К.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан*

Шизофрения – тяжелое психическое расстройство, которое характеризуется серьезными искажениями мышления, восприятия и неадекватными эмоциями и приводит к высокому уровню инвалидности. В исследовании, посвященном глобальному бремени заболеваемости, шизофрения составляет 1,1% от общего показателя DALY (Disability– Adjusted Life Year) и 2,8% – для YLD (Years Lived with Disability). Несмотря на большие экономические расходы, шизофрения сокращает продолжительность жизни больного в среднем на 10 лет [2]. Данные ВОЗ (2006) показывают высокую распространенность шизофрении в Европейском регионе – 459,7 на 100 тыс. населения. Экономические затраты на лечение больных шизофренией в развитых странах составляют около 2% национального бюджета на здравоохранение, причем 80% суммы идет на обслуживание хронических больных с преобладанием дефицитарных расстройств. Анализ закономерностей течения шизофрении на всем протяжении болезни позволяет представить стереотип развития заболевания как чередование состояний относительной стабильности и обострения [5]. Позитивные и негативные расстройства составляют специфичность психотического эпизода.

При неманифестных расстройствах (продром, ремиссия, резидуальные состояния, дефект) специфичность заболевания образуется, главным образом, за счет негативной симптоматики. Наряду с клиническими аргументами, свидетельствующими о неправомерности попыток свести все многообразие шизофрении к выделенным синдромам, существует достаточно много нейробиологических данных, противоречащих дихотомической гипотезе Т. Стов, подвергающей сомнению специфичность купирующего нейролептического воздействия при «позитивной» и резистентность при «негативной» шизофрении; а также отсутствуют воспроизводимые доказательства предпочтительной связи позитивной симптоматики с гиперактивностью субкортикальных дофаминергических структур и негативной – с гиперактивностью корковых дофаминергических путей [3]. Применение нейропсихологических тестов у больных шизофренией выявило у них нейрокогнитивный дефицит, обусловленный вовлечением большого числа мозговых структур как корковых, так и подкорковых, носящий генерализованный характер. Это позволяет предположить, что пациенты, страдающие шизофренией, остаются без «фундамента» когнитивных функций [1]. В работе Н.Н. Петровой и соавт. [4] показано, что психопатологическая структура острого приступа шизофрении у первичных и повторных больных достоверно различна. У повторных больных более выражена негативная симптоматика, которая не связана с возрастом, длительностью заболевания и числом приступов в анамнезе. Выраженность основных и дополнительных продуктивных расстройств у больных обеих групп сходна, что отражает отсутствие прямого параллелизма между негативными и продуктивными симптомами шизофрении. В динамике начального этапа терапии у больных обеих групп преимущественно снижается выраженность позитивной симптоматики, в то время как негативные расстройства и общие психопатологические симптомы остаются малоподвижны.

Таким образом, актуальность исследования заключается в высокой значимости изучения негативных психопатологических явлений для психиатрической практики и недостаточной изученностью современного состояния указанной проблемы.

Целью исследования явилось выявление клинико-динамических характеристик негативных расстройств у больных параноидной формой шизофрении.

Материал и методы исследования. Были обследованы 68 больных параноидной шизофренией, получавших стационарное лечение в городской клинической психиатрической больнице г. Ташкента. Изучение проявлений негативной симптоматики проводился при помощи разработанной Г.В. Логвинович трехмерной «Шкалы оценки негативных расстройств». Использовалась шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS по Key S.R. et al., 1987). В ходе исследования применялись: клинико-психопатологический, катamnестический, психологический и статистический методы. В контингент обследованных лиц были включены лишь больные

с верифицированным диагнозом, в соответствии с диагностическими критериями по МКБ-10.

Результаты исследования и обсуждение. При оценке позитивных и негативных симптомов по шкале PANSS были выявлены различия в выраженности позитивных и негативных симптомов, в зависимости от этапа развития шизофрении. Так, на манифестном этапе позитивные расстройства не превышали трех баллов, а негативные – четырех, в период терапевтических ремиссий или редукции острой продуктивной симптоматики, выраженность рассматриваемых симптомов в ряде случаев достигает четырех (позитивные расстройства) или шести баллов (негативные расстройства). Данный период длился от 1 года до 5 лет. В отдаленном постманифестном периоде (от 6 лет и более после манифестации) продуктивная симптоматика достигает 4-5 баллов, а негативная – 6-7 баллов.

Исследование по шкале PANSS показало количественное выражение оценки позитивных и негативных симптомов, на трех этапах формирования эндогенного процесса, что дало возможность предварительно обозначить три основные группы обследования. Первую группу (больные с признаками инициальных проявлений шизофрении) составили 16 человек (23,5%). Вторая группа (ранний период заболевания) состояла из 23 больных (33,8%), третья группа (поздний период) – из 29 больных (42,6%).

Результаты анализа по шкале оценки негативных расстройств (по Логвинович Г.В.) показали, что в первой группе наиболее часто отмечаются негативные симптомы первого ранга (63,4%). Негативные расстройства второго ранга встречаются реже (36,6%), а негативные расстройства, которые по тяжести проявлений можно отнести к третьему рангу, в первой группе не выявлены. Во второй группе преобладают расстройства второго ранга (50,4%), расстройства третьего ранга составляют 39,7% случаев, а расстройства первого ранга – лишь 9,9%. В третьей группе преобладают расстройства третьего ранга (53,7%), негативные расстройства, отнесенные ко второму рангу, наблюдаются в 46,3% случаев, расстройства первого ранга не отмечены ни в одном из наблюдений. Таким образом, по мере приближения эндогенного процесса к конечному состоянию отмечается последовательное нарастание выраженности проявлений негативной симптоматики.

Расстройства первого ранга в эмоциональной сфере проявляются субъективно ощущаемым снижением интереса к разным сторонам жизни, эмоциональной сопричастности и сопереживания внешним событиям. Объективно определяется уменьшение экспрессии мимики и жестикуляции (симптомы «выпадения»). Расстройства волевой деятельности характеризуются снижением энергетического потенциала, уменьшением продуктивности волевой активности, необходимостью напряжения в реализации мотивов, слабостью, утомляемостью, плохой переносимостью прежних нагрузок. Больные вынуждены отказываться от ранее привычных форм деятельности и общения из-за стремления «экономить» силы и энергию.

Нарушения мышления проявляются в виде затруднения ассоциативного процесса (интеллектуальная астения), требующего напряжения для поддержания прежнего уровня продуктивности, бедностью ассоциативных процессов, конкретностью, замедлением темпа и уменьшением объема усвоения информации, недостатком экспрессивности речи, ее чрезмерной лаконичностью.

Расстройства второго ранга характеризуются снижением глубины и модулированности эмоций, отсутствием в контактах традиционно ожидаемого эмоционального резонанса, нивелированием эмоциональных реакций, формальностью. Такие больные характеризуются ограничением круга эмоциональных контактов, признаками аутизма в эмоциональной сфере, эмоциональной монотонностью, стереотипностью, обедненностью, невыразительностью мимики и жестикуляции (количественные изменения). В ряде случаев отмечаются нарочитость, гротескность эмоций, эмпатическая несостоятельность (качественные изменения). Ассоциативные расстройства проявляются снижением интеллектуальной продуктивности, в целом. Больные испытывают интеллектуальные затруднения, быстро истощаются при выполнении привычных нагрузок, у них отмечается сужение объема выполняемой ассоциативной деятельности. В речи таких больных обнаруживается бедность, стереотипии, речевые штампы, скудость активного словаря, фрагментарность (симптомы «выпадения»). Волевые нарушения, помимо снижения энергетического потенциала, проявляются снижением волевой активности и продуктивности за счет объема и качества выполняемых функций, необходимости волевого напряжения и внешней поддержки в реализации мотивов (количественные симптомы).

Расстройства третьего ранга проявляются эмоциональной уплощенностью, холодностью. У таких больных отмечается эмоциональная выхолощенность эмоциональных реакций, эгоизм, эгоцентризм, скудность, монотонность мимики и жестикуляции. Наблюдаются отчетливо выраженные признаки эмоциональной несостоятельности в виде парадоксальности, амбивалентности, паритимии. В отличие от второго ранга патологические эмоции являются замещающими по отношению к обычным формам эмоционального реагирования. Волевые нарушения проявляются отчетливо выраженным снижением волевой активности, редукцией энергетического потенциала, амотивированностью. Больные проявляют ранее несвойственные им формы двигательной-волевой активности, обусловленные уменьшением, увеличением, искажением (по сравнению с традиционной нормой) различного рода потребностей, побуждений, влечений, а также специфическими нарушениями в сфере моторики. Ассоциативные расстройства проявляются клинически выраженными нарушениями мышления в виде персевераций, тугоподвижности, инкогерентности, амбивалентности суждений. В отличие от расстройств, отнесенных ко второму рангу, патологические формы мыслительной деятельности практически полностью замещают таковые, наблюдаемые в норме.

Существенные различия между выделенными группами наблюдается и в отношении сфер психической деятельности, вовлеченных в патологический процесс. Так, в первой группе преобладают негативные расстройства, относящиеся к одной из сфер психической деятельности. Чаще всего к эмоциональной (9 наблюдений, 56,2%), в единичных случаях – к ассоциативной (5 наблюдений, 31,2%) и волевой (2 наблюдения, 0,1%). Негативные расстройства, наблюдающиеся одновременно в эмоциональной и волевой сферах составляют 43,7% случаев (7 наблюдений). В первой группе негативных расстройств, относящихся одновременно к трем сферам психической деятельности, не выявлено.

Во второй группе негативные расстройства в эмоциональной сфере составляют 17,4% случаев (4 наблюдения), в волевой сфере – 8,7% случаев (2 наблюдения). Эмоционально-волевые расстройства отмечены в 47,8% случаев (11 наблюдений). В 6 случаях (26,1% наблюдений) негативные расстройства отмечены одновременно в трех сферах психической деятельности – эмоциональной, волевой и ассоциативной.

В третьей группе нарушения в одной из сфер психической деятельности отмечаются крайне редко. Лишь в 2 наблюдениях (6,9% случаев) выявлены «изолированные» эмоциональные расстройства. В 12 наблюдениях (41,4% случаев) отмечены нарушения в эмоционально-волевой сфере и в 16 наблюдениях (55,2% случаев) – нарушения одновременно в трех сферах психической деятельности.

В третьей группе (отдаленный постманифестный период) психопатологическая картина заболевания проявляется характерными признаками, присущими параноидной шизофрении с определенным типом течения, поэтому о данной группе корректней говорить, как о группе больных шизофренией на этапе сформировавшихся клинико-динамических форм.

При оценке негативных расстройств по шкале Логвинович Г.В., в выделенных группах выявлены определенные различия. Во второй группе, по сравнению с первой, в большем проценте случаев отмечаются расстройства третьего ранга и в меньшем – второго ранга ($p < 0,001$). Вторая группа отличается от первой также по охваченности различных сфер психической деятельности. Если в первой группе в ряде случаев наблюдаются «изолированные» расстройства в эмоциональной сфере, то во второй группе подобных наблюдений не отмечено. В первой группе, как в группе симптомов второго ранга, так и в группе симптомов третьего ранга преобладают эмоционально-волевые расстройства, а во второй группе – расстройства, затрагивающие одновременно эмоциональные, волевые и ассоциативные функции. Достоверность различий для симптомов второго ранга $p < 0,005$, а для симптомов третьего ранга – $p < 0,001$.

Выводы. Таким образом, по мере утяжеления клинической картины эндогенного процесса и нарастания его прогрессивности происходит усложнение клинической картины негативной симптоматики, увеличение глубины поражения эмоциональных, волевых, ассоци-

тивных функций, нарастание качественных изменений, что необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий, которые целесообразно проводить с учетом выявленных клинико-динамических особенностей негативных расстройств и типов компенсаторно-приспособительного поведения поэтапно.

Литература:

1. Аведисова А.С., Вериго Н.Н. Шизофрения и когнитивный дефицит // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2001. – Т. 3. – № 6. – С. 5.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда». – М., 2001. – 215 с.
3. Смулевич А.Б. Учение А.В. Снежневского и концепция позитивной – негативной шизофрении // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2004. – Т. 6. – № 2. – С. 6.
4. Петрова Н.Н., Агишев В.Г., Горбачев С.Е. Подвижность психопатологических состояний в процессе фармакотерапии острого приступа шизофрении // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2005. – Т. 3. – № 3. – с. 8.
5. Andreasen N.C., Carpenter W.T., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – № 162. – P. 441-449.

ОПЫТ ГРУППОВОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Пудиков И.В., Лемешко К.А.

*Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева
Москва*

Введение. Развитие психотерапевтических методов расширило возможности немедикаментозного лечения серьезных психических расстройств, ранее доступных исключительно психофармакотерапии (Вид В.Д., 2008). Одним из наиболее методологически обоснованных и практически разработанных методов является психодинамическая терапия (Аммон Г., 1995; Вид В.Д., 2008; Кабанов М.М., Незнанов Н.Г., 2003).

Психодинамическая терапия (ПДТ) – это модификация классической психоаналитической техники, рассчитанная на работу с пациентами, составляющими основной контингент амбулаторной и стационарной психиатрической службы, работа с которыми существенно отличается от частной психотерапевтической практики. В ПДТ основное внимание уделяется динамическим аспектам психического функционирования: взаимодействию сознательных и бессознательных аффектов, неосознаваемых защитных механизмов, развитийно-эволюционных структур психического аппарата (Урсано Р. и др., 1992; Хайгл-Эверс А.-Л. и др., 2002; Тэхке В., 2001).

Психодинамический подход использовался для лечения пациентов, в том числе и с психотическими нарушениями, ещё до широкого использования антипсихо-

тических медикаментов (Federn P., 1934; Kubie L., 1937; Sullivan H., 1937; Knight R., 1939). Пауль Шильдер первым синтезировал представления фрейдовской школы, эволюционно-развитийную концепцию Д.Х. Джексона (Jackson J.H., 1887) и классическую психопатологическую семиотику в целостную систему понимания закономерностей патологического функционирования человеческой психики (Schilder P., 1951; Schilder P., 1953). Он же впервые применил свои теоретические разработки в группах пациентов психиатрического стационара, заложив основы групповой психотерапии психозов (Pinney E.L. Jr., 1978).

Позже в британской школе объектных отношений установилось понимание психического функционирования, в том числе и патологического, как следствия и результата череды непрерывного и последовательного развития, что позволило сделать практику психотерапии пациентов, страдающих серьезными психическими нарушениями общераспространённой (Кляйн М. и др. 2001; Тайсон Р., Тайсон Ф., 1998; Rosenfeld H., 1985; Segal H., 1972).

В то же время психоаналитическая традиция представила обширный опыт осмысления таких клинических феноменов, как бредовые идеи воздействия, преследования, отношения, величия, расстройства восприятия в плане понимания их символического значения и роли в межличностной коммуникации (Аммон Г., 1995; Кляйн М. и др., 2001; Резник С., 2006; Тауск В., 2011).

Идеи эволюционного развития психики составляют концептуальный фундамент современного психоанализа, являясь теоретико-методологическим базисом и психодинамической терапии (Спотниц Х., 2004; Тэхке В., 2001; Рао Р.-Н., 1979). Подобный подход имеет практическим приложением реконструкцию психогенеза актуальной психопатологии, а также создание терапевтических моделей работы с пациентами пограничного и психотического уровней, считавшимися на заре психоаналитической эры недоступными эффективной терапии. Большой вклад в практику групповой ПДТ внёс Г. Аммон (1995), отметив, что нарциссические составляющие личности пограничных и психотических пациентов, затрудняющие саморефлексию в индивидуальной работе, более доступны групповой форме терапии (Вид В.Д., 2008; Кабанов М.М., Незнанов Н.Г., 2003).

Основным контингентом медико-реабилитационного отделения являются пациенты пограничного и психотического уровня организации личности, которым свойственны дефицит зрелых защитных механизмов, доминирование примитивных аффектов (страх, тревога, ненависть) и архаичных защит. В подавляющем большинстве они получают поддерживающую терапию, подчас в высоких дозах. Психофармакотерапия редуцирует поведенческие и субъективные патологические переживания, но не затрагивает собственно психогенез указанных расстройств (Вид В.Д., 2008; Незнанов Н.Г., 2009).

Материалы и методы исследования. В условиях амбулаторного режима медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница

№1 им. Н.А. Алексеева» ДЗ г. Москвы нами организована работа психодинамической терапевтической группы, проводимой в полуоткрытом режиме, куда также имеют возможность приходить пациенты, проходящие стационарное лечение. Условием включения пациента в рассматриваемую группу явилось сохранение им мотивации участия в психотерапевтических занятиях. За 10 месяцев группу посетило 43 человека. Из них 6 человек из стационарных отделений, 37 – амбулаторно; 28 мужчин, 15 женщин. Среднее количество посещений группы одним пациентом – 27,4±7.

Наряду с традиционной в отечественной психиатрии клинко-психопатологической квалификацией состояния пациента оценивали уровень его личностной организации в соответствии с критериями, принятыми в психоаналитической практике и наиболее подробно изложенными в [4; 6].

Пограничный уровень организации личности определялся у 15 пациентов, психотическая организация – у 28 человек.

Наша работа строилась в русле психодинамического подхода (Аммон Г., 1995; Вид В.Д., 2008; Кабанов М.М., Незнанов Н.Г., 2003) и имела основной целью реактивировать задержанный эволюционный потенциал и содействовать возобновлению психического развития (Тэхке В., 2001). Достижение указанной цели представляется возможным только с учётом отмеченных выше особенностей личности пациентов. Терапевтический подход при фазово-специфическом дефиците в корне отличается от такового в работе с нормально-невротическими пациентами (Аммон Г., 1995; Вид В.Д., 2008; Мак-Вильямс Н., 2001). Он складывается из формально-процессуальных и содержательных факторов. Остановимся на них подробнее.

Формальные факторы включают: периодичность групповых занятий; их фиксированную длительность (1,5 часа), постоянство во времени, число и состав участников. Они обеспечивают базисные моменты терапевтического взаимодействия, такие как безопасность и стабильность. Большая длительность по сравнению с индивидуальной психоаналитической консультацией связана с групповым характером занятия. Важными являются также регулярность и фиксированность – не менее 2 раз в определённые дни недели. Для терапевтического прогресса важной является внутренняя уверенность участников группы в том, что занятие состоится независимо от отпуска, болезни ведущего, других организационных артефактов. Для этого предусматривается два ведущих. Практика показала, что эффективный диалог поддерживается при ограниченном количестве участников (8-12 человек). Гендерная неоднородность группы способствует большей экспрессии и динамике группы. Минимальные правила, создающие элементарную безопасность, эпизодически оговариваются и могут быть скорректированы самими участниками.

Результаты и их обсуждение. Характеристика результатов терапевтической работы строилась исходя из задач реабилитационного процесса в условиях специализированного отделения психиатрического стационара.

Она включала объёмно-количественную оценку психофармакотерапии и восстановление трудоспособности как наиболее значимый показатель реабилитации.

Суточную дозировку психотропных препаратов удалось снизить у 20 человек (46,5%), а в 9 случаях (20,9%) вовсе отказаться от их приема. Снижение дозировки психотропных препаратов проводилось постепенно с учетом текущего психического состояния в целях сохранения комплаенса, установки пациента на продолжение реабилитационных мероприятий и во всех случаях обсуждалось с пациентом и лечащим врачом.

Еще более значимым результатом курса ПДТ стало восстановление трудоспособности (профессиональной компетенции) некоторыми пациентами. 15 человек (34,9%) вернулись к прежней работе, 7 человек (16,3%) трудоустроились по программе Правительства города Москвы «Временная занятость», 4 человека (9,3%) поступили в высшие и средне-специальные учебные заведения.

В ходе терапевтической работы отдельные пациенты по разным причинам давали психотические обострения и госпитализировались. В то время как одна часть случаев вызвана эндогенными и экстратерапевтическими причинами, другая связана с актуализацией травмирующих тем и ошибками ведущих. Так, за последние 8 месяцев в ПКБ № 1 было госпитализировано 9,3% пациентов. Уменьшить количество обострений удаётся с учётом показаний и противопоказаний к этому виду лечения и предварительного отбора участников.

Как было отмечено выше, главная цель терапии психотически организованных пациентов – восстановление дифференцированности между их собственным Я и внешним объектом. Такое восстановление является предпосылкой для возобновления диалога с окружающими (Тэхке В., 2001, с. 296-297). Если формальные аспекты психодинамической группы имеют универсальный характер, то содержательные более индивидуализированы и связаны с фазово-специфической динамикой конкретного пациента.

Эволюционная незрелость психотической личности предполагает отсутствие эффективных форм утилизации примитивных аффектов: страха, тревоги, ненависти и поглощения. Такие пациенты, находясь во власти этих интенсивных чувств, испытывают трудности идентификации более развитых эмоциональных состояний. Им свойственны сложности выражения и утилизации более структурированных (зрелых) переживаний. В силу недостаточной дифференциации собственного Я личность психотической организации испытывает затруднение в различении субъективной и объективной реальности. Между тем, известно, что зрелость самостных структур определяет и дифференцированное восприятие окружающего и развитие когнитивного аппарата (Тайсон Р., Тайсон Ф., 1998). Стабильное структурирование внутреннего мира обеспечивает константность внешнего по отношению к субъекту мира. С эволюционно-специфической недостаточностью связана также путаница в восприятии пациентами патологических феноменов собственной ду-

шевной жизни и событий окружающего мира (бредовые, сверхценные идеи, псевдогаллюцинации, симптомы психического автоматизма) (Резник С., 2006; Тауск В., 2011). Указанные особенности переносятся и на восприятие пациентом лечащего врача и самих методов терапии.

Семейная ситуация, в определённой степени породившая подобный внутрилличностный паттерн, предполагает либо идеализацию значимых объектов, либо их brutальное обесценивание. Этой примитивной полярностью и определяется большинство коммуникативных навыков пациентов. Среди наших пациентов у 36 человек отмечались реакции идеализации. Из них в отношении родительских фигур – у 22 человек. Такие пациенты склонны сохранять симбиотические отношения с родителями или одним из родителей в ущерб более зрелым формам семейного поведения. Вероятно, в силу этого, они неспособны также к успешной социальной коммуникации. Обратной стороной идеализации является обесценивание, феноменологические проявления которого – ненависть, агрессивность к родителям, избегание близких отношений с ними, отсутствие интереса к фигуре отца, находящегося в разводе с матерью. Реакции обесценивания отмечены в 17 случаях. Поляризация отношения к значимому объекту затрудняет эффективное взаимодействие между врачом и пациентом.

В классической аналитической терапии в качестве рычага используется перенос (трансфер), соответствующий повторению эволюционного конфликта пациента. Динамика психотического пациента в отличие от невротического, определяется не столько конфликтом, сколько «дефектом» (Аммон Г., 1995; Вид В.Д., 2008; Мак-Вильямс Н., 2001). Соответственно, с психотическими пациентами анализ переноса ограничивается вербализацией и прояснением эмоциональной составляющей (Тэхке В., 2001; Рао Р.-Н., 1979; Schilder P., 1976). На первый план выходит поддерживающая стратегия, обеспечивающая условия для «дозревания личности». Аналитическое воздержание или принцип нейтральности означает избегание терапевтом принятия на себя роли, предлагаемой ему трансферентными ожиданиями пациента. Воздержание направлено на фрустрацию всех инфантильных потребностей пациента. С пациентами психотического уровня это не только малоэффективно, но и имеет неблагоприятные последствия. В отличие от пациентов нормально невротического уровня в работе с психотически организованными личностями удовлетворение их базисных потребностей обладает структурообразующим потенциалом, способствуя возобновлению их прерванного эволюционного движения.

В специальной литературе имеются рекомендации относительно прямого, непосредственного удовлетворения потребностей пациента (Sechehaye M., 1951). Однако большинство авторов считает их малоэффективными (Тэхке В., 2001; Рао Р.-Н., 1979; Rosenfeld H., 1985). Удовлетворение базисных потребностей в прямой форме (кормление из бутылочки, купание, имитация галлюцинаторно-бредовой реальности) повторяет соответствующую

щие неудачные переживания в детском возрасте, ставшие причиной задержки эволюционного развития. Предпочтительным является удовлетворение базовых потребностей в символической форме.

В качестве примера можно привести ситуацию, возникшую на одной из терапевтических групп. Один из участников группы неожиданно задаёт вопрос о том, можно ли ему воспользоваться платными интимными услугами. Другой участник при этом даёт аффективно насыщенную реакцию отвержения. Участники группы высказывают предположение о возможной угрозе заражения ИППП и материального ущерба; постепенное обсуждение хаотизируется с угрозой утраты целенаправленной коммуникации. Ведущий группы, выявляя символическую подоплёку потребности, интерпретирует запрос первого участника как страх привязанности, приносящий ущерб и потерю остатков собственной идентичности путём растворения в сверхценном объекте. Реакция второго участника интерпретируется как персекуторный запрет сурового архаичного супер-Эго. При этом участнику поясняется, что обсуждение в группе данной темы безопасно для него, и, акцентируя его внимания на то, что рефлексирование разговор на данную тему в корне отличен от спонтанной реализации подобного замысла. Интерпретация терапевта обладает корректирующим действием – участники группы успокаиваются и переходят к обсуждению другой темы. В то время как родительская стратегия, прервавшая психическую эволюцию, одновременно запрещает и провоцирует последующую актуализацию фрустрированной потребности, врач удовлетворяет символическую потребность участника путём обстоятельного и спокойного обсуждения.

Таким образом, врач становится новым эволюционным объектом (Тэхке В., 2001), предлагая вербализацию в качестве нового средства для понимания собственных душевных импульсов. Прямое поведенческое отреагирование заменяется рефлексивной беседой. Систематическое использование подобного подхода «воспитывает» в пациенте способность различать уровень прямого действия и символического означающего (Лакан Ж., 1995). Благодаря этому более толерантная фигура терапевта занимает место примитивного супер-Эго родительского объекта, длительное время сохраняющего черты примитивной идеализации. Несомненно, данный процесс затягивается на месяцы.

В процессе психодинамической терапии не менее значимыми являются личностные качества психотерапевта, такие как толерантность, способность к само-рефлексии, осознание собственных «проблемных зон», способность выносить провоцирующие агрессивные и эротические импульсы со стороны пациентов без шаблонов психиатрической практики (критических упрёков, диагностических стереотипов, фармакологического подавления, госпитализации пациента). Врач должен приветствовать реалистичную критику со стороны пациентов в свой адрес, например, в случае опоздания или не выключенного сотового телефона, справляясь с собс-

твенным желанием оставаться идеальной фигурой. Целесообразно утилизировать агрессивные и эротические побуждения пациентов в плоскость группового обсуждения, что приводит к мотивационной и аффективной разрядке и истощению пугающего первичного импульса. Следует поддерживать юмористические формы разрядки агрессивных импульсов в отношении себя и других участников группы (сатирические высказывания, уместные анекдоты) ибо они свидетельствуют о становлении зрелых форм утилизации агрессии.

Выводы. Таким образом, групповая ПДТ, несмотря на трудоёмкость и высокие «энергозатраты», является важным средством восстановления развитийного потенциала личности в условиях специализированного отделения. Эффективное использование ПДТ в системе медицинской реабилитации подразумевает ряд мер организационного характера (режим и длительность занятий, наличие подготовленных специалистов, отдельного помещения др.). ПДТ целесообразно осуществлять с учетом уровня организации личности пациента.

Литература.

1. Аммон Г. *Динамическая психиатрия*. – СПб.: Институт им. В. М. Бехтерева, 1995. – 200 с.
2. Вид В.Д. *Психотерапия шизофрении*. – СПб.: Питер, 2008. – 234 с.
3. Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайманн П. *Развитие в психоанализе*. – М.: Академический проект, 2001. – 512 с.
4. Мак-Вильямс Н. *Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе*. – М.: Класс, 2001. – 480 с.
5. *Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова*. – СПб.: Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.
6. *Патопсихология. Психоаналитический подход: Теория и клиника: Учеб. Пособие для студентов вузов*. – М.: Аспект Пресс, 2008. – 397 с.
7. *Психиатрия / Под ред. Н.Г. Незнанова и др.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.
8. Резник С. *Человек в бреду: телесные ощущения при психозах*. – Нежин: Аспект-Поліграф, 2006. – 320 с.
9. Тайсон Р., Тайсон Ф. *Психоаналитические теории развития*. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 264 с.
10. Тауск В. *О возникновении «аппарата влияния» при шизофрении*. – Ижевск: ERGO, 2011. – 60 с.
11. Тэхкэ В. *Психика и ее лечение: психоаналитический подход. Пер. с англ.* — М.: Академический проект, 2001. — 576 с.
12. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. *Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство. Пер. с англ.* — М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1992. — 159 с.
13. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. *Базисное руководство по психотерапии. Пер. с нем.* — СПб.: ВЕИП, Речь, 2001. — 784 с.

ГРУППОВАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЖЕНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Рупчев Г.Е.¹, Бронская Л.М.²,
Лучкина Н.Д.², Арсеньева Т.Б.²**

¹МГУ им. М.В. Ломоносова, НЦПЗ РАМН
²Городская психиатрическая больница №14
Москва

Актуальность.

В настоящее время, несмотря на наличие в клинической картине шизофрении традиционно описываемых стойких патопсихологических и психопатологических образований в виде аутизма, отчуждения, снижения социальной направленности и объема психической деятельности, нарушении рефлексии и самооценки, когнитивных функций [3, 4, 2, 5], в реабилитации пациентов используется достаточно широкий спектр психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий. Это групп-аналитическая терапия [9], тренинг когнитивных и социальных навыков [8], группа встреч [6], нейрокогнитивный тренинг [7], психосоциальный тренинг [10], тренинг по развитию навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции [1] и т.д. Наравне с этими институциональными ресурсами, сами пациенты без участия специалистов спонтанно создают сообщества для взаимопомощи: в стационарах это формирование микрогрупп («семьи»), вне больниц – социальные сети пациентов в интернете. На одном из таких русскоязыч-

ных сайтов зарегистрировано уже более 9500 пользователей с форумом с 11000 темами. Все это говорит об актуальности психокоррекционной опоры на сохраненные звенья патопсихологического синдрома при шизофрении и других психических расстройствах. В специализированных учреждениях групповая работа, в основном, проводится на базе санаторных отделений [6] или в дневном стационаре, вопрос же о ее применимости в рамках «острого» стационара является или вообще спорным или, по крайней мере, открытым.

Для оценки возможностей корригирующего влияния группового взаимодействия на психическое состояние в условиях общепсихиатрического женского отделения для лечения острых форм психических расстройств была создана психокоррекционная группа – полуоткрытая, добровольная, с участием клинических психологов в качестве ведущих ко-терапевтов. На сегодняшний момент группа функционирует более 3,5 лет (образована в 2012г. на базе двух отделений ПБ №14 ДЗМ г. Москвы).

Участники.

Включались пациенты, преимущественно, с шизофренией на разных этапах болезни (включая первый эпизод), также больные с алкоголизмом, проходившие стационарное лечение в 2 острых отделениях после относительной редукции продуктивных расстройств (примерно 3-4 неделя лечения). Пациенты были переведены на этаж со свободным выходом и были без признаков психомоторного возбуждения, выраженной галлюцинозно-бредовой симптоматики, открыто влияющей на поведение, давшие добровольное устное согласие. Также группу посещала выписанная пациентка, что по оценкам ведущих играло положительную роль – для многих она была примером истории хорошей ремиссии, своеобразным источником оптимизма и нейтрализации стигматизирующего влияния психиатрического диагноза. Таким образом, состав групп был гетерогенным, что, с одной стороны, является нежелательным фактором для групповой динамики, с другой, отражает реальный контингент психиатрического отделения.

Сеттинг.

Группа проводилась регулярно, 2 раза в неделю (по понедельникам и пятницам) двумя клиническими психологами (в период отпусков вел один психолог). Продолжительность – 1 час (примерно), с 15 до 16 часов. Количество участников – от 5 (наиболее комфортное для ведущих) до 10. Большее количество пациентов приводило к дезорганизации и поверхностности группового процесса.

Форма проведения группы.

План проведения коррекционной работы был гибким, в зависимости от актуальной групповой динамики и включал в себя несколько этапов. Каждая группа начиналась с информирования о сеттинге, коротким рассказом об ее истории и целях, установления рамок поведения. Участники коротко представлялись (говоря о себе то, что считают нужным), включая ведущих. Затем сообщалось о частичной конфиденциальности обсуждаемого (за исключением клинически значимой информации).

Выбор темы.

Далее предлагалось выбрать (10мин.) тему в широком диапазоне – от «психиатрических» вопросов до семейно-бытовых отношений, жизни в социуме. Тема выбиралась, как правило, самими участниками (ведущие в крайних случаях пассивности или растерянности участников предлагали что-то свое, обычно что-то вроде «опыта текущей госпитализации, его плюсы и минусы»). Наиболее часто обсуждение касалось опыта психического заболевания, адаптации к нему. Как кажется, именно в этой теме группа такого краткосрочного формата может быть наиболее полезной и наглядно эффективной. Также наиболее распространенная группа тем – отношения с родственниками и знакомыми. Обсуждение этих тем могло ощутимо влиять на уровень напряжения и тревоги, связанной с конкретными отношениями, но долгосрочная эффективность часто казалась сомнительной из-за неизбежной поверхностности проработки вопроса. Также частыми темами являлись (далее идут формулировки самих пациентов): «как жить вне стен больницы», «как общаться со здоровыми людьми», «что считать «звонок» для повторной госпитализации», «дети», «как трудоустроиться, несмотря на имеющуюся группу инвалидности», «конфликт поколений», «театр и кино, как средство переключения от болезненных переживаний» и т.д. Интересно, что перед каждым праздником актуальными становились такие темы, как: «обязательно ли поздравлять и дарить подарки», «кому именно их дарить уместно, а кому нет». Примечательно, что, несмотря на наличие хронического эндогенного заболевания и аутистических явлений в клинической картине, сам факт выбора таких тем, отвечающих требованиям реальности, говорил о наличии относительно сохраненных «зон» потребностно-мотивационных, ценностных сфер пациенток.

Ход группы.

Обсуждение выбранной большинством темы происходило по кругу, по очереди, за исключением тех, кто не хотел говорить (при этом их молчаливое присутствие часто тоже давало эффект как для них, так и для других пациентов) (40мин). В конце проводился один круг с просьбой дать обратную связь о прошедшей группе, теме, личном впечатлении, самочувствии, полученном настроении (10-15 мин).

Произошедшие изменения в сеттинге за время проведения групп.

Со временем изначальная ориентация на поддержание выдержанного сеттинга, как например, в группе встреч в санаторном отделении [6] подверглась изменениям. Опыт проведения групп продиктовал пересмотр некоторых прежних его аспектов. Так, менее жесткими стали временные рамки работы группы: время начала оставалось неизменным, однако, в зависимости от ситуации (например, большое количество участников, сложность и актуальность выбранной темы) ведущие оставляли возможность продлить время обсуждения еще на 30 минут, о чем предварительно сообщали участникам группы. Это ощутимо снижало уровень напряжения и неудовлет-

ворённости некоторых пациентов, которые раньше, при более жестком сеттинге, покидали группу разочарованными из-за нехватки времени на нужное раскрытие переживаний. Эти негативные чувства в дальнейшем могли способствовать выходу пациента из состава группы. Также было принято решение отказаться от жесткого следования одной заданной теме (что в принципе не всегда получалось на группе из-за нарушений мышления и выраженного эгоцентризма значительной части участников).

Основные эффекты.

В диагностическом плане, групповое взаимодействие отчетливо различало лиц с более низким психическим функционированием, что напрямую зависело от сохранности их коммуникативных навыков, а также диагностировало разный уровень неформальной (в отличие от ситуации клинической беседы) критичности к заболеванию. В терапевтическом плане происходил интенсивный обмен опытом болезни, что приводило к более дифференцированному отношению к своему заболеванию, наличию инвалидности, что имело важное значение для будущей ресоциализации пациентов. Также было важным (что отмечалось самими пациентами), что группы регулярно предоставляли особое свободное и позитивное пространство, резко отличающееся от пространства рутинной жизни в психиатрическом отделении.

Анализ эмоциональных реакций ко-терапевтов.

Притом, что сам характер проведения группы не имел психодинамической направленности, на первых этапах работы анализ взаимодействия в группе, а также эмоциональные отклики ко-терапевтов разбирались на супервизиях (1 раз в неделю). Это оказалось так же информативно для понимания архаичных интеракций внутри группы, как и собственно внешнее наблюдение (следающая диагностика) за участниками. Также уделялось внимание динамике отношений и между самими терапевтами, поскольку групповые процессы пытались разделить («расщепить») единую группу на две части (своя и чужая), просто обращаясь только к своему психологу (из своего отделения) или путем разных неосознаваемых коммуникативных манипуляций. Также совместная рефлексия способствовала выделению в эмоциональных реакция ко-терапевтов на группе и после контрпереносных реакций, как отражений групповых процессов и аффектов, «размещаемых» пациентами. Это служило и профилактике «выгорания», т.к. основные чувства, с которыми сталкивались ведущие – это неопределенность, тревога, напряжение, беспомощность, ощущение отсутствия улучшений.

Проблемы в функционировании групп.

1. Полу-открытый характер и нестабильный состав участников. В некоторые промежутки времени (около месяца) формировался более или менее постоянный «костяк» стабильно приходящих пациентов, которые довольно быстро «срабатывались», что давало ощущение совместного движения в проработке тем. Именно на таких группах польза от работы представлялась максимальной – происходило ощутимое повышение уровня

критичности, отношения к комплаентности. В некоторых случаях эти эффекты прослеживались и после выписки, когда появлялось большее доверие в отношениях с лечащим врачом и ПНД, укреплялся терапевтический альянс, что приводило к увеличению периодов ремиссий.

2. Существенной проблемой было получение от пациентов «настоящей» обратной связи после каждого занятия. При просьбе отмечать и положительные, и отрицательные моменты, лишь несколько раз были случаи негативной или частично негативной обратной связи, как правило, это были социально-желательные слова благодарности и удовольствия, за которыми могли быть скрыты подлинные чувства. Кажется, что в силу разнородности (не столько разный диагноз, сколько разный уровень личностного функционирования) и нестабильности состава участников, а так же интенсивной атмосферы недоверия и скрытности, характеризующей острые психиатрические отделения, уровень доверия и способности к самораскрытию пациентов в групповом процессе оставался относительно низким.

3. Склонность к расщеплению группы на активных и пассивных участников, подчинение доминирующим «лидерам» из самих отделений и палат.

4. Координация работы ко-терапевтов – совмещение личностных и профессиональных стилей, что требовало проработки в супервизионной работе.

5. Изменение характера работы группы в случае одного ведущего. Особенно отчетливо это ощущалось во время отпусков или отсутствия одного из терапевтов, когда оставшийся вынужден по мере сил выполнять обе роли, что требовало больших внутренних энергозатрат и приводило к меньшей продуктивности групповых обсуждений.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что проведение таких групп в условиях общепсихиатрического женского (возможно, и мужского) отделения, в целом, обосновано и может быть вписано в общий план лечебных мероприятий.

В целом можно выделить следующие функции таких групп:

1. Диагностическая – выявление латентной психопатологии, степени шизофренического дефекта, негативных личностных изменений, прогноз адаптации и комплаентности.

2. Патопсихологическая – диагностика снижения социальной направленности [5], выявление сохранных звеньев синдрома, возможностей компенсации дефекта.

3. Психокоррекционная – проработка патологических установок и фантазий о себе, болезни и лечении, обсуждение реалистичных целей лечения, предоставление конвенциональных социальных ориентиров, формирование дальнейшего терапевтического альянса с врачом.

4. Психотерапевтическая – принятие актуальной ситуации, контейнирование травматического опыта, предоставление пространства для выражения чувств и переживания, отличного от палаты или ординаторской, коррекция самооценки и самостигматизации.

5. Психосоциальная – групповая поддержка, передача и получение опыта, информирование о практических способах адаптации, копинга, де-стигматизация диагноза и инвалидности, преодоление явлений госпитализма.

Литература:

1. Алиева Л.М., Солохина Т.А., Ениколопов С.Н., Мясников А.Ю. *Тренинг по развитию навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции у больных шизофренией с использованием телесно-ориентированного подхода: Методические рекомендации.* – М.: МАКС Пресс, 2015. – 44 с.

2. Блейхер В.М. *Клиническая психология.* – Ташкент, 1976.

3. Зейгарник Б.В. *Нарушения мышления у психически больных,* 1959.

4. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. *Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия.* – СПб.: изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 288 с.

5. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. *Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание.* – М.: Издательство МГУ, 1991.

6. Рупчев Г.Е., Арсеньева Т.Б., Груза Н.Г. *Группа самопомощи как возможная форма реабилитации больных шизофренией // IV Национальный конгресс по социальной и клинической психиатрии «Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья».* Москва, 2011. – С. 234-234.

7. Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П., Пашковский В.Э. *Когнитивные расстройства при шизофрении. Учебное пособие.* – СПб., 2011.

8. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. *Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией. // Социальная и клиническая психиатрия.* – 2007. – Т. 17, № 4.

9. Цапенко А.И., Шанаева Д.М. *Групп-аналитическая психотерапия при шизофрении. Описание и анализ случая. // Психоаналитический вестник.* – 2006. – № 15.

10. Ястребов В.С., Солохина Т.А. и др. *«Скажем изоляции – нет!»: психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара: Организационно-методическое пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья.* – М.: МАКС Пресс, 2012. – 88 с.

ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ¹

Рычкова О.В., Холмогорова А.Б.

*ФМИЦПН имени В.П. Сербского
Москва*

Серьезным теоретическим основанием для создания реабилитационных программ является концепция нейрокогнитивного дефицита при шизофрении. Установленные у пациентов многочисленные нарушения моторных и перцептивных, пространственных функций, вербальной и невербальной памяти, дефицит контроля над деятельностью, затруднения в ее произвольной регуляции, трудности концентрации и распределения внимания, нашли широкое отражение в публикациях (см. обзор Heinrichs, Zakzanis, 1998). В практику помощи больным шизофренией внедрялись приемы нейропсихологической коррекции когнитивных нарушений, ранее хорошо себя зарекомендовавшие у пациентов с органическими повреждениями мозга различной этиологии. Продолжаются споры о генезе нейрокогнитивного дефицита, интерпретируемого в широком диапазоне – от проявления преморбида, эндофенотипа, до следствия «нейротоксичности» заболевания (Weinberger, McClure, 2002); но, независимо от генеза, симптомы нейрокогнитивного дефицита уже

¹ Исследование выполнено за счет гранта Российского Научного Фонда (проект № 14-18-03461) на базе ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России

признаны мишенью коррекционных воздействий, способных через тренировку когнитивных функций повысить ресурсы больных, улучшить качество их жизни, снизить риск повтора психоза.

Программы «когнитивной реабилитации» включают упражнения для тренировки памяти, внимания, иных «исполнительских функций», независимо от содержания мышления. В числе известных: «Cognitive remediation therapy» (Wykes, Gaag, 2001; Kurtz et al., 2007), «Neuro-cognitive enhancement therapy» (Bell et al., 2005), и многие другие. Заметим, что важными предикторами развития тренингов указанного типа выступают данные современной когнитивной психологии и нейронауки (Popova, et al., 2014).

Начиная со знаменитой «жетонной системы», предложенной для изменения поведения больных (Ayllon, Azrin, 1965; 1968), получили импульс к развитию и технологии бихевиоральной психотерапии. Самым актуальным при шизофрении стал тренинг социальных навыков, определяемый как структурированная обучающая программа, формирующая навыки социального поведения, необходимые для создания сети социальных контактов, уменьшения стресса, вызванного интерперсональными конфликтами и неудачами (Bellack, 1986). Такие тренинги сейчас существуют во множестве апробированных и доказавших эффективность вариантов, и мишенями воздействия становится более или менее широкий набор навыков социального поведения. Хорошо себя зарекомендовали программы тренинга управления стрессом («Stress management training») (Meichenbaum, Cameron, 1973), развитие совладающего со стрессом поведения (Bradshaw, 1996; Tarrier et al., 1998), уверенного поведения («Assertiveness training») (Degleris et al., 2008), частных коммуникативных навыков («Communication skills training») (Wallace, 1984; Smith et al., 1996; Liberman et al., 1989), проблемно-разрешающего поведения («Problem solving skills») (Liberman et al., 1986). В круг целей тренинга включают и частные навыки, необходимые для жизнеустройства больных: навыки поиска работы, собеседования при приеме на работу, пребывания в рабочем коллективе, индивидуального и независимого проживания, и многие другие (Nicol, et al., 2000; Практикум по психосоциальному лечению, 2002). Варианты программ, состоящих из лаконичных блоков, отражающих проблемы конкретного пациента, прагматически ориентированных, широко применяются при психосоциальной работе.

Ограниченный объем статьи не позволяет нам подробно представить обзор таких направлений работы с больными как индивидуальная психотерапия (Вид, 2001), комплексные реабилитационные программы, включающие групповую психотерапию экзистенциальной направленности, музыкальную терапию, приемы хореотерапии, арт-терапии, мимике-терапии, организацию лечебного процесса по принципу терапевтического сообщества и др. (Бабин, 2006; Лиманкин, 2012; др.). Вынужденные ограничиться обзором только тренинговых программ, отметим, что указанные направления работы с больными

также оказывают заметное влияние на формулировку мишеней воздействия и технологии тренинговой работы.

Важным прорывом для понимания психологических проблем пациентов с шизофренией стала идея о приоритетных нарушениях у них особых когнитивных функций, связанных с социальным познанием (см. обзор Холмогорова. Рычкова, 2016). Представления о нарушениях «social cognition» стали методической основой построения специализированных тренингов, таких как тренинг распознавания эмоций – «**Training of affect recognition**» (Wdlwer et al., 2005).

Еще более продуктивной оказалась идея создания комплексных программ, включающих мероприятия по тренировке как собственно когнитивных процессов («холодных когниций»), так и тех, что связаны с познанием социальных объектов и построением социального поведения («горячие когниции»). Одна из первых таких программ, предложенная сотрудниками университетских психиатрических клиник Берна и Мюнстерлингена, – «**Integratives Psychologisches Therapieprogramm**» или психологическая интегративная терапия (Brenner et al., 1992).

На основе этой программы отечественными авторами была разработана инновационная интегративная программа **тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН)** у больных шизофренией, построенная с учетом разработок школы Б.В. Зейгарник и лаборатории Ю.Ф. Полякова, доказавших важную роль мотивационного компонента в нарушениях мышления при шизофрении (Холмогорова с соавт, 2007). Идеи Б.В. Зейгарник о роли мотивационной составляющей (частью которой является социальная ангедония), Ю.Ф. Полякова и его соавторов, касающиеся роли социальной направленности больных в генезе и стабилизации психологических дефицитов при шизофрении, находят свое эмпирическое подтверждение. Западные авторы также выдвигали сходные идеи, а именно – о роли социальной ангедонии в клинике шизофрении, об аффективной причинности психоза (Rado, 1962; Meehl, 1962, 1990). Эмпирические исследования подтвердили значимую роль социальной ангедонии для формирования шизоидных черт и типичных для расстройств шизофренического спектра нарушений (Charman, et al., 1982, 1994; Kwapil, 1998; Klein, 1984; др.). Близкие идеи развивал Н.С. Курек, предложивший концепцию «истинного дефицита положительных эмоций» при шизофрении как основы для глубоких нарушений эмоциональной и, более широко, психической активности больных шизофренией (Курек, 1998; Гаранян, 1988); речь шла о попытке определения аффективно-мотивационного нарушения в качестве механизма когнитивных и поведенческих дефицитов.

Переключка концепта «социальная ангедония» со «снижением социальной направленности» при шизофрении (Критская, Мелешко, Поляков, 1991), и двойная природа описываемого явления – аффективная, то есть собственно отсутствие переживания удовольствия, и мотивационная, когда отсутствие опыта удовольствия от общения ведет к отказу от него, привели к необходи-

мости его учета при разработке упомянутой выше программы, где в качестве отдельной была поставлена задача преодоления «ангедонистического барьера» и развития коммуникативной направленности мышления (Холмогорова с соавт., 2007; Холмогорова, Рычкова, 2016). Цели программы включали не только коррекцию собственно познавательных процессов, но и работу с личностной направленностью и мотивацией:

1) усиление произвольной регуляции памяти и внимания путем обучения использованию специальных средств (тренировка в переключении и удержании внимания, селектировании информации, использовании мнемотехнических приемов);

2) усиление коммуникативной направленности и когнитивной дифференцированности мышления (оперирование понятиями с ориентацией на другого человека, совместная деятельность в парах и группе для достижения общей цели);

3) развитие когнитивной точности и дифференцированности социального восприятия (тренировка в распознавании невербальных коммуникаций – мимики, позы, жестов, анализе и квалификации межличностных ситуаций, точности воспроизведения речевого поведения партнера);

4) снижение ангедонии (связывание интеллектуальной групповой деятельности с игровым компонентом и успехом);

5) развитие регуляции своих эмоциональных состояний, мышления и поведения посредством развития способности к самонаблюдению, самоинструктированию и совладающему диалогу;

6) отработка навыков социального поведения (тренировка в коммуникации на разные темы в группе, моделирование и разыгрывание реальных жизненных ситуаций);

7) обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем (расчленение проблемы на более мелкие, выделение этапов ее решения и конкретных задач, способов решения этих задач).

В настоящее время число различных тренингов растет, среди них много программ с доказанной эффективностью, например:

«**Social Cognition and Interaction Training**» или тренинг социального познания и межличностного взаимодействия, созданный группой канадских ученых под руководством P.W. Corrigan, D.L. Penn, признанных авторитетов в области нарушений социального познания при шизофрении (Social Cognition and Schizophrenia, 2001; Penn et al., 2007), и доказавший возможность улучшения всех показателей социального познания у больных с расстройствами шизофренического спектра (Combs et al., 2007; Kurtz, Richardson, 2012);

«**Cognitive-behavioral social skills training**» – когнитивно-бихевиоральный тренинг социальных навыков для пациентов с серьезными психическими расстройствами (включая шизофрению) в возрасте второй половины жизни (McQuaid et al., 2000; Granholm et al., 2013);

«**Social cognition enhancement training**», ориентированный на улучшение социального функционирования пациентов без психотической симптоматики и коморбидных наркологических заболеваний (Choi, Kwon, 2006), тренирующий наиболее сложные дефициты социального познания (Nahum et al., 2014).

В числе используемых технологических средств – компьютерные технологии, как, например, при «**Cognitive Enhancement Therapy**», соединившей приемы тренинга когнитивных процессов на основе компьютерных технологий и тренинга социального познания (Bell et al., 2005; Hogarty, Flesher, 1999; Hogarty, Greenwald, Eack, 2006). Специалисты Гамбургского университета разработали «**Metacognitive training psychosis**» – мета-когнитивный тренинг для больных шизофренией, руководство по его проведению размещено на специализированном сайте, на нескольких языках (см. http://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training-psychosis.html). Программа «**First episode psychosis**» для пациентов с первым эпизодом психоза предлагается на базе сервиса HORYZON (Alvarez-Jimenez et al., 2013), и в качестве основной мишени разработчики определяют содействие восстановлению пациентов после психоза в духе концепции «гесcovery».

Можно видеть все новые варианты тренингов с использованием компьютерных технологий; в числе последних назовем «**Combining Computerized Social Cognitive Training with Neuroplasticity-Based Auditory Training in Schizophrenia**» (Sacks et al., 2013) и «**Online Social Cognitive Training Program**» (Nahum et al., 2014), предназначенные также для больных шизофренией молодого возраста, «**Treatment of Social cognition in Schizophrenia Trial**» (Rose et al., 2015), «**Tackling Affect Recognition**» (Frommann et al., 2003), «**MicroExpression Training Tool**» (Wülwer et al., 2005), которые преимущественно концентрируются на коррекции нарушений социального познания у больных шизофренией, используя специальные компьютерные игровые процедуры.

Важно, что аспект мотивационных влияний на результативность и процесс тренинга находит отражение в работах последних лет. Иногда этот аспект находит отражение во введении концепта как «комплаентность» или «приверженность к психотерапии» (по аналогии с комплаентностью к приему фармакотерапии), как особым условием эффективности, и как отдельной задаче программы (Jones et al., 2012). Другие исследователи рекомендуют тщательно строить систему подкрепления усилий больного в ходе терапии, через поощрения, ощущение пациентом собственной компетентности, с постепенным переходом от внешней к внутренней мотивации (Medalia, Choi, 2010). В отечественных публикациях (Семенова, 2009) находим примеры использования для пациентов с шизофренией мотивационных интервенций, заимствованных из других областей, например, в виде применения известной в наркологии транстеоретической модели изменения (Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992).

Однако многочисленные данные, свидетельствующие о высокой роли социальной ангедонии и низкой коммуникативной направленности мышления в нарушениях социального познания (Холмогорова, Рычкова, 2016), обосновывают необходимость включения последних в качестве специальных мишеней в программы реабилитации для больных шизофренией.

Литература:

1. Бабин С.М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: автореф. дисс. ... докт. мед. н. – СПб., 2006. – 56 с.
2. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. – СПб.: Питер, 2001. – 432 с.
3. Гаранян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1986. – 23 с.
4. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: Медицина, 1991. – 256 с.
5. Курек Н.С. Дефицитарные нарушения психической активности (Личность и болезнь): дисс. ... д. психол. наук. – М., 1998. – 415 с.
6. Лиманкин О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 99–106.
7. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 180 с.
8. Семенова Н.Д. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 2. – С. 76–83.
9. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.17(4). – С. 67-76.
10. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания – новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении: монография. – М.: ФОРУМ, 2016. – 288 с.
11. Alvarez-Jimenez M., Bendall S., Lederman R., Wadley G., Chinnery G. et al. On the HORIZON: moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis // Sch. Res. – 2013. – Vol.143 (1): 143–149.
12. Bell M.D., Bryson G.J., Greig T.C., Fiszdon J.M., Wexler B.E. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups. // J. Rehabil. Res. Dev. – 2005. – Vol.42: 829–838.
13. Brenner H., Hodel B., Roder V., Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia // Sch. Bull. – 1992. – Vol.18 (1): 21-26.
14. Chapman L., Chapman J., Kwapil T., Eckblad M., Zinser M. Putatively psychosis-prone subjects 10 years later // J. Abn. Psychol. – 1994. – Vol. 103 (2): 171-183.
15. Kurtz M., Richardson C. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research // Sch. Bull. – 2012. – Vol. 38 (5): 1092–1104.
16. Kwapil T. Social anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia-spectrum disorders // J. Abn. Psychol. – 1998. – Vol.107 (4): 558-565.
17. Klein D. Depression and anhedonia / In: D. C Clark & J. Fawcett (Eds.), Anhedonia and affect deficit states (pp. 1-14). – New York: PMA Publishing, 1984.
18. Choi K.H., Kwon J.H. The effectiveness of social-cognition enhancement training (SCET) for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial // Comm. Ment. Health J. – 2006. – Vol.42(2): 177-187
19. Combs D., Adams S., Penn D., Roberts D., Tiegreen J., Stem P. Social Cognition and Interaction Training for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings // Sch. Res. – 2007. – Vol. 91: 112–116
20. Frommann N., Streit M., Wolwer W. Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program // Psych. Res. – 2003. – Vol. 117(3): 281–284.
21. Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence // Neuropsych. – 1998. – 12: 426-445
22. Hogarty G., Flesher S. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia // Sch. Bull. – 1999. – Vol. 25 (4): 693-708.
23. Hogarty G., Greenwald D., Eack S. Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy // Psychiatric Services. – 2006. – Vol. 57: 1751-1757.
24. Jones C., Hacker D., Cormac I., Meaden A., Irving C.B. Cognitive behavior therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Apr 18; 4: CD008712. doi: 10.1002/14651858.CD008712.pub2.
25. Kurtz M., Seltzer J., Shagan D., Thime W., Wexler B. Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: What is the active ingredient? // Sch. Res. – 2007. – Vol. 89: 251-260.
26. McQuaid J., Granholm E., McClure F., Roepke S. et al. Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia // J. Psychother. Pract. Res. – 2000. – Vol. 9(3): 149-156.
27. Granholm E., Holden J., Link P., McQuaid J., Jeste D. Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Older Consumers With Schizophrenia: Defeatist Performance Attitudes and Functional Outcome // Am. J. Geriatric Psychiatry. – 2013.- Vol. 21 (3): 251-262.
28. Medalia A., Choi J. Motivational Enhancements in Schizophrenia // Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment / V. Roder, A. Medalia (Eds.). – Karger, 2010. – P. 158–173.
29. Nahum M., Fisher M., Loewy R., Poelke G. et al. A novel, online social cognitive training program for young adults with schizophrenia: A pilot study // Sch. Res.: Cognit.- 2014. – Vol. 1(1): 11–19

30. Nicol M., Robertson L., Connaughton J. *Life skills programmes for chronic mental illnesses (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2000.*

31. Penn D., Roberts D., Combs D., Sterne A. *Best Practices: The Development of the Social Cognition and Interaction Training Program for Schizophrenia Spectrum Disorders // Psychiat. Services. – 2007. – Vol.58 (4): 449–451.*

32. Popova P., Popov T., Wienbruch C., Carolus A., Miller G., Rockstroh B. *Changing facial affect recognition in schizophrenia: Effects of training on brain dynamics // NeuroImage: Clinical. – 2014. – Vol.6: 156–165.*

33. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. *In search of how people change. Applications to addictive behaviors // Am. Psychologist. – 1992. – Vol. 47(9): 1102–1114.*

34. Rose A., Vinogradov S., Fisher M., Green M. et al. *Randomized controlled trial of computer-based treatment of social cognition in schizophrenia: the TRuSST trial protocol // BMC Psychiatry. – 2015. – Vol.15. – P. 142.*

35. Sacks S., Fisher M., Garrett C., Alexander P. et al. *Combining computerized social cognitive training with neuroplasticity-based auditory training in schizophrenia // Clin. Sch. Relat. Psychoses. – 2013. – Vol.7(2): 78–86.*

36. *Social Cognition and Schizophrenia // P.W. Corrigan, D.L. Penn (Eds). – APA, Wash. – 2001. – 327 p.*

37. Weinberger D., McClure R. *Neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphometry: what is happening in the schizophrenic brain? // Arch. Gen. Psychiatry. – 2002. – Vol. 59(6). – P. 553-558.*

38. Wylwer W., Frommann N., Halfmann S., Piaszek A., Streit M., Gaebel W. *Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: efficacy and specificity of a new training program // Sch. Res. – 2005. – Vol. 80(2–3): 295–303.*

39. Wykes T., Gaag M. *Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis – Cognitive Remediation therapy (CRT)? // Clin. Psychol. Review. – 2001. – Vol. 21 (8): 1227-1256.*

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ КАК СРЕДСТВО ИНТЕГРАТИВНОЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ряполова Т.Л.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецк, ДНР*

Шизофрения – это болезнь, которая, в первую очередь, затрагивает социальные аспекты жизни человека. Развивающаяся в последние десятилетия диатез-стрессовая модель шизофрении основана на взаимодействии биологических, психологических и социальных факторов [1]. Это взаимодействие находит отражение в сочетании полиморфных психопатологических симптомов со значительными нарушениями социальной адаптации, межличностных отношений и приспособительного поведения [2].

Стратегические цели и эффективность лечения шизофрении в последние десятилетия рассматриваются не только в контексте симптоматического улучшения, отражающего динамику психопатологических симптомов, но и, главным образом, как восстановление социального функционирования больного в различных сферах его жизни. Это, в свою очередь, предусматривает использование интегративных лечебно-реабилитационных технологий, направленных на развитие функциональных ресурсов личности, навыков решения жизненно важных проблем и разнообразных форм поддержки пациентов в сообществе.

Как показывают результаты изучения динамики шизофрении, ее функциональные и социальные исходы

в значительной степени зависят от особенностей терапевтической тактики на начальных этапах заболевания, в частности, при манифестном психотическом эпизоде.

Актуальность проблемы ранней реабилитации этого контингента больных обусловлена, прежде всего, тем, что в начальные периоды болезни формируются существенные риски для личности пациента, закладываются основные тенденции его дальнейшего функционирования, участия в социальной жизни и отношения к нему общества. Первое обращение за психиатрической помощью, первая госпитализация в психиатрическую больницу, постановка психиатрического диагноза, взятие на диспансерный учет представляют цепочку обстоятельств, вызывающих у больных и членов их семей многочисленные переживания, затрудняющие процесс личностного и социального восстановления больных и являющихся факторами риска дальнейшего неблагоприятного течения заболевания.

Раннее выявление и адекватное лечение первых приступов шизофрении уменьшает «биологическую токсичность» процесса, позволяют влиять на нейрокognитивный дефицит, способствуют ускорению наступления ремиссии, минимизации негативных социальных последствий для пациента и его окружения. С другой стороны, при неправильной организации и неадекватной терапевтической тактике при манифестном приступе болезни значительно возрастает риск формирования неблагоприятных последствий в сфере социальной адаптации больных. В частности, лечение, направленное только на устранение симптомов заболевания и стабилизацию клинического состояния пациента, не может обеспечить ему достойное качество жизни, включая успешность межличностных отношений, уровень социальной адаптации и способность к автономному проживанию.

Большинство исследователей этой проблемы обращают внимание на ряд сложных и дискуссионных вопросов, которые затрудняют оказание своевременной и адекватной помощи данному контингенту больных, а именно: диагностические трудности в определении специфических «мишеней» реабилитационного вмешательства; отсутствие стандартизованных инструментов для определения факторов риска неблагоприятной динамики заболевания; трудности в определении сроков начала и длительности психосоциального лечения; этические проблемы; необходимость создания центров и разработка программ ранней интервенции, включая продромальный период шизофрении [3].

В отличие от последующих этапов, суть ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией заключается не столько в восстановлении социальных позиций, сколько в их личностном и социальном развитии, направленном на повышение стрессоустойчивости и когнитивного функционирования пациентов. Ее конечной целью является устранение преморбидных изъянов социализации, повышение компетентности, оптимизация ресурсов личности и приспособительного поведения больных.

Современный подход к организации и проведению психосоциальной реабилитации больных шизофренией

предполагает разработку методологии этого процесса, диагностической реабилитационной технологии и процедур собственно психосоциального вмешательства. Важным направлением такого интегративного подхода является изучение уровня функциональной недостаточности, оценка реабилитационного потенциала, приспособительного поведения и ресурсов поддержки пациента в окружении.

Исходя из интегративных (био-психосоциальных) представлений о клинко-патогенетической сущности шизофрении, лечение больных должно быть биологическим и психосоциальным. Цель биологического (медикаментозного) лечения предполагает устранение клинических проявлений болезни, а цель реабилитационного вмешательства – восстановление (развитие) личностных ресурсов больного и его функционирования в обществе.

Основой для назначения больному шизофренией фармакотерапевтических средств является четкая квалификация клинко-динамических особенностей заболевания и их оформление в виде соответствующей диагностической (статистической) категории МКБ-10. Однако такой подход к диагностике, ограниченный идентификацией симптомов и синдромов заболевания, отражает только эволюционно сложившуюся видовую (общечеловеческую) форму приспособления к тем или иным условиям жизни. Процедуры традиционного психиатрического диагноза не дают достаточной информации для адекватного проведения психосоциального лечения (реабилитации), которое должно учитывать индивидуальные психосоциальные характеристики больного, уровень его функциональной недостаточности, ресурсы приспособления и возможности микросоциального окружения.

Поэтому необходимой предпосылкой для проведения психосоциальной реабилитации должна быть особая конфигурация диагностического заключения, учитывающая различные стороны функционирования пациента и, тем самым, определяющая терапевтические «мишени», на которых должны быть сфокусированы цели и отбор соответствующих методов реабилитационного вмешательства. Таким требованиям соответствуют диагностическая конструкция многоосевого или функционального диагноза. Многоосевой диагноз – это диагноз индивидуальной приспособляемости пациента, который в сочетании с категориальным диагнозом болезни отражает ее на системном уровне. Необходимость его использования в клинической практике заложена в международном стандарте диагностики психических расстройств (МКБ-10).

Многоосевая диагностика приближает специалиста к диагнозу индивидуальной системной интеграции био-психосоциальных особенностей больного как результату преломления патологического процесса через личность пациента и сложившуюся социальную ситуацию. Многоосевой диагноз – это диагноз индивидуальной приспособляемости и социальной интеграции пациента, который в сочетании со структурно-динамическим (категориальным) диагнозом отражает болезнь на системном уровне [4, 5].

Многоосевой подход к определению диагноза психического расстройства [6] включает феноменологичес-

кие и «нефеноменологические» диагностические оси: 1) феноменологическая (психопатологический анализ состояния); 2) уровневая (анализ выраженности психических расстройств); 3) функциональная (анализ особенностей адаптивного реагирования организма и личности, т.е. оценка индивидуальных личностно-психологических характеристик и особенностей поведенческого реагирования больного); 4) психосоциальная (анализ качества социального функционирования).

Основой многоосевой (многомерной) диагностики является функциональный диагноз в его органической связи со структурно-динамическим диагнозом формы болезни.

На начальных этапах своего теоретического и практического развития концепция функционального диагноза имела вполне ограниченные и прагматические цели. Функциональная оценка состояния пациента рассматривалась, в частности, в рамках задач медико-социальной экспертизы. В этом случае функциональный диагноз оказывался необходимым для определения правильного социально-трудового прогноза и базировался на изучении структуры, динамики и путей компенсации психического дефекта в конкретных условиях трудовой деятельности. Функциональный диагноз в психиатрии рассматривался как «путь к конкретному анализу значения биологических и социальных факторов, как они отражаются в динамике клинической картины и формировании компенсаторных образований» [7]. То есть завершающим этапом и целью клинического исследования должны быть не только нозологический и анатомический диагнозы, которых недостаточно для определения прогноза трудоспособности, но обязательно и диагноз функциональных возможностей личности.

В дальнейшем, в результате развития реабилитационного направления (реабилитационной парадигмы в психиатрии) произошло существенное изменение в понимании функционального диагноза, который стал центрироваться на личности больного и ситуации, в которой он существует. При этом отдельные исследователи идентифицировали понятия «функциональный диагноз» и «реабилитационный диагноз» в противовес нозо-синдромальным диагностическим определениям [8, 9].

В большом количестве обзоров научной литературы показано отсутствие зависимости исхода реабилитации от формулировки традиционного психиатрического диагноза и описания симптомов и синдромов [8]. Другими словами, процедуры традиционного психиатрического диагноза не дают достаточной информации для назначения реабилитационных вмешательств. Для адекватного обеспечения реабилитационного процесса и достижения конечных его целей нужна особая диагностическая технология.

Такая технология должна заключаться в особой структурной конфигурации диагностического заключения – реабилитационном диагнозе как основы для назначения методов психологической и социальной реабилитации больного и его возвращения в общество.

Методология реабилитационного психиатрического диагноза не может считаться разработанной в связи

с отсутствием как общепринятого понимания конечных целей реабилитации, так и по причине уникальности индивидуальных способов восстановления и социальной реинтеграции пациента. Последние достижения в этой области позволяют в качестве наиболее адекватной версии рассматривать исход реабилитации в зависимости от навыков пациента и ресурсов поддержки в обществе. Исходя из этого, основными задачами реабилитационных вмешательств должны быть выработка таких навыков и развитие ресурсов поддержки в обществе. В таком случае реабилитационный диагноз должен содержать в себе оценку навыков и ресурсов – как имеющихся у пациента, так и тех, в которых он нуждается. Обязательным элементом реабилитационного психиатрического диагноза является постановка конечной цели реабилитации, что в полной мере должно соответствовать сути реабилитационного (реинтеграционного) процесса, направленного на возвращение пациента в сообщество [10].

Следует, однако, отметить, что четкой общепринятой структуры реабилитационного психиатрического диагноза не существует. В реабилитационных центрах различных стран мира используется свободно структурированный подход эмпирической диагностической оценки. Этот подход в значительной степени зависит от используемой концепции и идеологии реабилитации.

Концепция многоосевого психиатрического диагноза была нами использована для разработки функционального реабилитационного диагноза и методического комплекса, позволяющего объективизировать все его составляющие. В структуре функционального реабилитационного диагноза больного шизофренией было выделено несколько диагностических блоков, позволяющих осуществить комплексную оценку индивидуальных характеристик больного и определить конечные цели реабилитационного вмешательства: блок оценки уровня функциональной недостаточности пациента в когнитивной, эмоционально-мотивационной и коммуникативной сферах; блок оценки социально-психологических ресурсов или реабилитационного потенциала пациента, включая уровень психической адаптации (спектр и напряженность механизмов психологической защиты, тип психологической компенсации или стратегии копинг-поведения) и уровень психосоциальной адаптации пациента (способность к психосоциальной адаптации и уровень личностной приспособляемости); блок оценки ресурсов поддержки пациента в сообществе (ресурс реабилитационного вмешательства, ресурс семейной поддержки, ресурс поддержки в значимых социальных сферах (включая контекстуальные (социально-дезадаптирующие) факторы); блок определения конечной (индивидуальной) цели реабилитации (коррекция функциональной недостаточности пациента, повышение реабилитационного потенциала или ресурсной системы личности, улучшение ресурса поддержки пациента в сообществе).

Системная оценка приспособительных возможностей пациента с учетом уровня его функциональной недостаточности и реабилитационного потенциала осу-

шестью путем определения типа приспособительного поведения, отражающего основные тенденции личности в формировании социального поведения как онтогенетически сложившегося и модифицированного болезнью и ситуацией способа взаимодействия с действительностью.

Приспособительное поведение есть результат сложного комплекса интрапсихических процессов, включающего, в числе главных составляющих, защитные психологические механизмы (бессознательный процесс, регулирующий уровень эмоционального напряжения, главным образом, тревогу) и копинг-стратегии поведения (механизм адаптации, при помощи которого пациент осознанно успешно или неуспешно осваивается в новой для него ситуации или социальной роли при вторжении в жизнь обстоятельств, которые невозможно устранить). Эти психологические характеристики интегрируются в определенные стили защитно-совладающего поведения, обеспечивая качественные особенности психосоциальной адаптации или тип приспособительного поведения.

Таким образом, приспособительное поведение рассматривалось нами как системообразующий фактор, фокусирующий клинико-психопатологические и социально-психологические особенности пациента в терминах основных тенденций защитно-совладающего поведения и социальной активности.

Следует, однако, отметить, что влияние защитных психологических механизмов на уровень приспособительного поведения опосредуется когнитивными, эмоционально-мотивационными и коммуникативными ресурсами больного. Поэтому оценка структурно-динамических характеристик приспособительного поведения в настоящем исследовании осуществлялась многовекторным способом, позволяющим изучить различные его составляющие: уровень функциональной недостаточности и реабилитационный потенциал личности больного шизофренией.

Наиболее важным аспектом функционального реабилитационного диагноза больного шизофренией являлось определение реабилитационного потенциала или уровня адаптивных ресурсов личности как качественной и количественной стороны приспособительной активности пациента. Реабилитационный потенциал рассматривался с точки зрения возможностей психической и социальной адаптации.

Психическая адаптация оценивалась с позиций оценки бессознательных защитных механизмов личности и особенностей совладающего поведения пациентов с шизофренией. Так, уровень адаптивных ресурсов, т.е. способность выбора адекватной функциональной стратегии, направленной на достижение жизненно важных целей, определялся совокупностью механизмов и форм психологической компенсации, количественными и качественными параметрами копинг-стратегий. Важное значение имела оценка механизмов психологической защиты, выработка адекватных форм которых являлась важнейшим способом повышения психосоциальной адаптации пациента.

Не менее значимой составляющей реабилитационного потенциала являлся уровень социальной адаптации пациента, включающий способность к психосоциальной адаптации пациента и уровень личностной приспособляемости.

Наконец, диагностика ресурсов представляла собой оценку видов поддержки со стороны микросоциального окружения (прежде всего, семьи) для достижения конечной цели реабилитации.

Для объективизации составляющих функционального реабилитационного диагноза нами предложен методический комплекс, позволяющий определять терапевтические мишени для реабилитационного вмешательства.

Для оценки уровня функциональной недостаточности в когнитивной и эмоционально-мотивационной сферах рекомендуется использование Шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., 1987). Для оценки когнитивного дефицита используются признаки: P2 – дезорганизация мышления; N5 – трудности в абстрактном мышлении; N6 – недостаток спонтанности и плавности беседы; N7 – стереотипии в мышлении; G10 – дезориентация; G11 – трудности концентрации внимания; G12 – снижение рассудительности и осознания болезни. Оценка эмоционально-мотивационного дефицита проводится по симптомам: N1 – уплощенный аффект; N2 – эмоциональная отстраненность; N3 – недостаточный раппорт; N4 – пассивно-апатический социальный уход; G5 – манерность и поза; G7 – двигательная заторможенность; G8 – некооперативность; G13 – волевые нарушения; G14 – недостаточный контроль импульсивности; G15 – отрешенность от реальности; G16 – активный социальный уход.

Для оценки коммуникативных способностей рекомендуется использование опросника межличностных отношений (ОМО) В. Шутца (1958) с оценкой поведения в трех основных областях межличностных потребностей («включения» (I), контроля» (C) и «аффекта» (A)) по двум направлениям межличностного поведения: выраженное поведение индивида (e), и поведение, требуемое индивидом от окружающих (w).

Комплексная оценка реабилитационного потенциала предусматривает оценку уровня психической адаптации путем определения спектра и напряженности механизмов психологической защиты с помощью методики R. Plutchik и H. Kellerman (1979) и определения типа психологической компенсации (стратегий копинг-поведения) с использованием методики «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С. Норманн и соавт., 1988), а также оценку уровня психосоциальной адаптации пациента с определением уровня личностной приспособляемости с помощью методики диагностики социально-психологической адаптации (СПА) К. Роджерса и Р. Даймонда (1954) и способности к психосоциальной адаптации с помощью методики определения способности к психосоциальной адаптации (EAPS) (G. Darcourt, 1987).

Для исследования семейных взаимоотношений и ресурса семейной поддержки рекомендуется использование шкал структурированного интервью: для идентификации типа семьи; оценки ресурса семейной поддержки пациента; отношения членов семьи к болезни (психиатрическому диагнозу) у родственника; отношения в семье к больному с впервые установленным диагнозом психического расстройства (Абрамов В.А. и др., 2008).

Формулирование конечных целей реабилитации учитывало личные запросы пациента, особенности его функционирования и альтернативного окружения. Глобальной (конечной) целью реабилитации являлось повышение качества жизни и социального функционирования пациента путем системного преодоления его функциональной несостоятельности, расширения реальных полномочий и адекватного приспособления к требованиям непосредственного окружения. В оптимальном варианте цели, определяемые исследователем совместно с пациентом, совпадали с реабилитационными целями и реальными возможностями пациента. Определение целей реабилитации настраивало пациента на сотрудничество и оптимальную приверженность врачебным рекомендациям уже на ранних этапах лечебно-диагностического процесса, способствовало формированию адекватной терапевтической перспективы, создавало мотивацию для использования собственных психологических ресурсов (копинг-стратегий), направленных на совладание с болезнью.

Для оформления функционального реабилитационного диагноза разработаны Протокол интегративной оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного диагноза и Карта функциональной оценки больного шизофренией.

Таким образом, цель, процесс и средства постановки клинического и функционально-реабилитационного диагноза больных шизофренией существенно отличаются.

Клинический (категориальный) диагноз отражает психический статус больного, симптомы и синдромы заболевания, его динамические особенности и не включает каких-либо характеристик пациента. Реабилитационный диагноз, напротив, содержит информацию об индивидуальном уровне функциональной недостаточности пациента, ресурсной системе его личности и возможности его поддержки в окружении. На этой основе определяется конечная цель реабилитации конкретного пациента, разрабатывается индивидуальная реабилитационная программа с подбором адекватных методов психосоциальной терапии.

Внедрение психиатрической реабилитационной диагностики имеет много преимуществ при ее использовании в условиях мультипрофессионального подхода к лечебно-реабилитационной работе с участием не только психиатра, но и медицинских сестер, психологов, социальных работников, врачей-реабилитологов, специалистов по трудотерапии. Психиатрический реабилитационный диагноз может расширить взаимодействие между различными профессиями, различными программами, а также между пациентами и их семьями. Он позволяет

адекватно интегрировать работу многих учреждений и организаций (психиатрические учреждения, центры психосоциальной реабилитации, лечебно-трудовые мастерские, МСЭК, семьи и т.д.).

Предложенная структура и методическое обеспечение функционального реабилитационного диагноза, по нашим данным, способствуют:

- использованию в клинической практике диагностических технологий, соответствующих международным стандартам;
- унификации стандартизованных методов клинического и психодиагностического исследования;
- адекватному отбору и индивидуализации психосоциальных реабилитационных мероприятий;
- повышению качества психиатрической помощи за счет рационального и эффективного использования личностных ресурсов пациента и реальных возможностей семьи и микросоциального окружения;
- совершенствованию индивидуальных программ реабилитации больных шизофренией.

Литература:

1. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И.Скорик, И.О. Аксенова и др. – СПб.: Гиппократ +, 2004. – 336 с.
2. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Пенчул Н.А. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении // Социал. и клинич. психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 103-107.
3. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии // Мед.исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9-10.
4. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. – Донецк: Капитан, 2009. – 584 с.
5. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. – СПб., 1993. – 236 с.
6. Сыропятов О.Г., Яновский С.С. «Клиническая антропология» – новая парадигма в медицине // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского, серия «Философия. Социология». – 2008. – Т. 21 (60), № 2. – С. 164 – 173.
7. Мелехов Д.Е. Клинические предпосылки социальной реабилитации психически больных // Социал. и клинич. психиатрия. – 1992. – Т. 2, вып. 1. – С. 50-55.
8. Anthony W, Cohen M., Farkas M., Gagne C. *Psychiatric Rehabilitation*, 2nded. – Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2002. – 432 p.
9. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 1 // Социал. и клинич. психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 67-71.
10. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. – К.: Сфера, 2001. – 418 с.

СТИГМАТИЗАЦИЯ И ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯ В КОНТЕКСТЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С.,
Чернов П.Д., Чубрикова А.**

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Одним из приоритетных направлений современной психиатрии и здравоохранения в целом является медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. Подтверждением этого служит разработанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) «Концепция тяжести болезни», которая должна способствовать росту осознания того влияния, какое психические расстройства оказывают на качество жизни пациентов. Неотъемлемой частью вышеуказанной концепции является проблема стигматизации и дискриминации лиц с душевными заболеваниями. Об актуальности данного вопроса говорит и создание еще в 2000 г. Европейским департаментом ВОЗ специальной группы, которой поручена разработка вопросов стигматизации и дискриминации в различных европейских странах, в том числе и в Российской Федерации.

Развитие современной медицины позволило достичь существенных результатов в лечении психических заболеваний. Современные лекарства и реабилитационные программы дали возможность большинству лиц с психическими расстройствами вести привычный образ жизни. Однако наличие психиатрического диагноза для

многих является проблемой, нередко не менее актуальной, чем само заболевание.

Проблема стигматизации психически больных является достаточно старой, но научная разработка этого вопроса началась относительно недавно. Процесс стигматизации включает в себя явления, которые находятся на стыке медицины, психологии и социологии.

Понятие стигмы в психологию ввел американский социолог Эрвин Гоффман. В своем труде 1963 г. «Стигма: О способах преодоления поврежденной идентичности» он описывает историю термина следующим образом: «Греки придумали термин «стигма» для описания телесных знаков, призванных демонстрировать что-либо необычное или плохое о моральном статусе обозначаемого ими индивида. Эти вырезанные или выжженные на теле знаки говорили о том, что их носитель – раб, преступник, или изменник, т.е. человек, запятнавший себя позором, ритуально нечистый, тот, кого следует сторониться, особенно в публичных местах. Позднее, во времена христианства, к термину добавились два новых слоя метафоры: во-первых, сыпь на коже стала восприниматься как свидетельство божьей милости, и, во-вторых, аналогичный статус обрели телесные свидетельства тех или иных физических недостатков – таким образом, медицинский факт оказался увязанным с религиозными верованиями» (Goffman E, 1963, стр. 2). Начиная со второй половины XIX века слово «стигма» стало употребляться в переносном смысле как «метка, позорное клеймо», а в медицине приобрело значение «признак болезни».

В современной психиатрии под стигмой понимают эмоционально окрашенный комплекс представлений о психически больных. Другими словами, узнав, что у конкретного человека есть психиатрический диагноз, окружающие невольно начинают находить в нем черты, которые, как им кажется, свойственны психически больным. Представления о психически больных создают своего рода «фильтр», который мешает воспринимать человека непосредственно. Отношение к нему становится предвзятым. Следует отметить, что фантазии о том, что характерно для психически больных, у разных людей могут сильно различаться. Основное значение имеют представления, наиболее распространенные в том или ином обществе. Они являются частью менталитета этого сообщества и формируют стигму в психиатрии. Можно сказать, что стигма – это чрезвычайно сильный социальный ярлык, который кардинально меняет отношение к человеку. Таким образом, под стигматизацией понимается процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных, эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории «душевнобольных». Соответственно, стигматизатор – это человек, применяющий свои представления о психически больных в целом к конкретному лицу. Он не может воспринимать человека во всей уникальности и полноте, поскольку замечает в его поведении

лишь то, что соответствует его фантазиям о психически больных. В результате этого отношение к больному становится предвзятым, что, в свою очередь, приводит к дискриминации.

В результате стигматизирующих влияний люди, страдающие психическими расстройствами, сталкиваются с множественными нарушениями своих гражданских, политических, экономических и социальных прав и свобод, что наблюдается как в учреждениях, так и на уровне сообществ. Физическое, сексуальное и психическое насилие для многих лиц с психическими расстройствами — явление достаточно частое. Эти люди сталкиваются с отторжением, несправедливыми отказами при поиске работы и жилья, дискриминацией при попытках обращения в различные службы и инстанции.

Помимо отношения со стороны других людей, человек с психическим заболеванием сталкивается также и с изменением собственного отношения, наличие болезни меняет и его самоотношение. Эта собственная, внутренняя стигматизация носит название самостигматизации. Под этим термином понимают всю совокупность реакций пациента психиатрических служб на осознание своего заболевания и своего статуса психически больного. Ключевое место в структуре феномена самостигматизации занимает переживание больным собственной несостоятельности, по сравнению с окружающими, и связанного с этим чувством стыда и вины. В худшем случае больной усваивает и применяет к себе мифы о своем психическом заболевании с последующим дистанцированием от потенциальных стигматизаторов. Это ведет к снижению социального статуса, самооценки, что, в свою очередь, усиливает стигматизацию, т.е. этот процесс представляет собой порочный круг.

Изменения в представлениях о себе у человека с психическим расстройством, как правило, являются травматичными для него. Поэтому самостигматизация всегда включает защитные психологические механизмы. Исследования показали, что самостигматизация представляет собой сочетание двух компонентов: фрустрирующего и компенсаторного. Фрустрирующий компонент составляют представления больного о собственной несостоятельности, а компенсаторный — механизмы искажения информации, стабилизирующие самооценку больного. Указанные компенсаторные механизмы, искажая восприятие больным своего состояния и ситуации, влекут за собой снижение адаптации и ухудшение психического состояния, подтверждение которой он получает при столкновении с окружающим миром (Ястребов В.С., 2009).

Таким образом, процессы стигматизации и самостигматизации являются тесно связанными с процессами социально-психологической дезадаптации психически больных, зачастую составляя самую их центральную часть. Понимание того, какое влияние процессы стигматизации оказывают на психически больных и на возможность оказания им помощи, привело к актуализации исследований этой темы в самых различных аспектах, и

на сегодняшний день проблема стигматизации является достаточно изученной во многих отношениях.

В отечественных источниках в последнее время отмечается рост публикаций по проблеме стигматизации (Бовина И.Б., Бовин Б.Г., 2013). В базе данных Elibrary было найдено 218 статей по теме стигматизация за 2010-2016 гг. Из них примерно 45% относится непосредственно к психиатрии, в остальных статьях рассматриваются философские аспекты, изучаются стигматизированные национальные, социальные, религиозные группы, некоторые профессии, трудовые мигранты и заключенные.

Исследования по этой тематике были направлены на:

- изучение выраженности и распространенности явлений стигматизации среди представителей различных культур, слоев населения, социальных групп;
- изучение влияния стигматизации на качество жизни, степень социальной адаптации, течение и прогноз психического расстройства, приверженность лечению и обращаемость за психиатрической помощью;
- изучение различных медицинских, социальных, психологических, социально-экономических и других факторов, влияющих на стигматизацию;
- разработку мер по преодолению явлений стигматизации на разных уровнях.

Независимо от страны и культурных условий, отношение к психическим болезням и психически больным людям определяется большим количеством неверных представлений и предубеждений. Образ безумия в сознании людей прочно связан с представлениями об агрессии и насилии. Большинство специалистов отвергают гипотезу о прямой связи между насилием и психическим расстройством. Но, при этом, имеют место две противоречивые тенденции: с одной стороны, некоторые исследования все же установили связь между совершением насилия и тяжелыми психическими заболеваниями, по сравнению с общей популяцией. С другой стороны, результаты многих исследований показывают, что в 87-97% случаях совершения преступлений агрессорами являются не психически больные люди.

Представления, связывающие «психическое заболевание» и «опасность», являются основными переносчиками стигмы, они глубоко укоренились в коллективном сознании людей. Они являются общими для всех категорий населения, независимо от возраста, пола, профессионального статуса или уровня образования. Чтобы преодолеть эти предрассудки, необходимо внимательно изучать их основу (Tassone-Monchicourt C., Daumerie N., Caria A. et al., 2010).

На представления человека о психически больных и его отношение к ним влияют очень многие факторы: возраст, образование, культурный уровень и религиозность, профессия и опыт общения с психически больными, характер и состояние здоровья и, наконец, его оценка всего перечисленного, образующая самооценку (Ястребов В.С., 2008).

Установлено, что социальная стигматизация преобладает в микросоциальном окружении и проявляется недоверием, осуждением, усилением контроля и пренебрежением со стороны, прежде всего, ближайшего окружения, семьи и родственников больного (Руженкова В.В., 2015). Поэтому исследования стигматизации затрагивают не только самих пациентов, но их родственников, специалистов, оказывающих психиатрическую, медицинскую и социальную помощь.

Роль близких в восприятии пациентом своего заболевания, в формировании внутренней картины болезни и в адаптации в социуме достаточно высока, особенно если речь идет о родителях и их роли в реабилитации детей страдающих психическим расстройством (Семакина Н.В., Багаев В.И., Михайлов В.А., 2013).

Выявлено негативное влияние стигматизации со стороны родственников на клиническое состояние психически больных. Так, была показана взаимозависимость между уровнем стигматизации родственников больного с первым психотическим эпизодом и частотой его повторных госпитализаций (Солоненко А.В., Янова О.А., 2012).

Было установлено, что специалисты, оказывающие помощь в сфере психиатрии, испытывают также негативно-настороженное отношение как со стороны специалистов, участвующих в формировании общественного мнения о службе в области психического здоровья (врачей общемедицинской сети, педагогов общеобразовательных учреждений, коррекционных педагогов), так и со стороны лиц, нуждающихся в различных видах психиатрической помощи. При этом негативные установки лиц с психическими расстройствами к представителям психиатрической службы включают в себя, помимо социальной проекции, факторы, направленные на уменьшение личностной стигматизации (Башмакова О.В., Семенихин Д.Г., 2015).

Как в русскоязычной, так и в зарубежной литературе ряд работ поднимают вопросы, касающиеся разработки мер по преодолению стигматизации – т.е. дестигматизации.

В процессе ресоциализации больного существенную роль играет отношение общества к психически больным, психическим заболеваниям в целом и конкретно к нему. К сожалению, процесс гуманизации общества, отход от теологической трактовки психических болезней, развитие научно-теоретических основ психиатрии, а также деятельность психиатров, направленная на защиту прав и интересов их пациентов, лишь в незначительной степени изменили отношение общества к психически больным.

Учитывая многоаспектность связанных со стигмой проблем, дестигматизация предполагает длительное, систематическое и масштабное воздействие профессионалов различных специальностей на представителей всех слоев населения, государственные и общественные структуры, включающее мероприятия медицинского, психологического и социального характера (Кекелидзе З.И., 2009).

Существующие на настоящий момент взгляды на меры по дестигматизации включают мероприятия, направленные на:

- влияние на «большой социум» – это меры системного характера, связанные с взаимодействием с властными структурами, с формированием общественного мнения посредством СМИ, с разработкой правовых аспектов защиты прав людей с психическими расстройствами, с формированием системы мер организационного характера, обеспечивающих совершенствование психиатрической помощи, социальной работы с больными и их окружением;

- влияние на отдельные социальные группы, с которыми связаны факторы стигматизации – семья больного человека, его непосредственное окружение, педагоги, работники медицинских и социальных служб и др.;

- работу непосредственно с людьми, страдающими психическими расстройствами с целью преодоления явлений самостигматизации.

По сути, существует три основных способа изменить представления широкого круга людей о психических расстройствах, их отношении и поведении в адрес больных. Один из основных – это информирование, изменение содержания информационного поля в различных плоскостях. Второй способ, показавший высокую эффективность, связан с мероприятиями, направленными на получение личного опыта общения с людьми, страдающими психическими расстройствами. И третий способ – это формирование правовых норм в отношении больных людей, препятствующих их дискриминации. Все эти меры влияют на формирование в обществе психологии толерантности.

Что касается самих людей, страдающих психическими расстройствами, то работа над преодолением самостигматизации является едва ли не более трудной задачей, чем изменение общественного мнения – поскольку самостигматизация затрагивает личностные механизмы как сознательного, так и бессознательного плана, изменяя адаптационные и защитные системы личности с учетом, как болезненных процессов, так и особенностей конкретного человека, с его характером, системой отношений с собой и другими людьми и миром. И изменение самоотношения и саморегуляции пациента становится не столько психообразовательной, сколько психотерапевтической задачей.

С проявлениями самостигматизации тесно сплетаются симптомы болезни, личностные реакции на разнообразные внутренние конфликты и внешние обстоятельства, проявления самих конфликтов и обстоятельств. Кроме того, самостигматизация включает в себе защиту внутреннего мира больного от определенных травмирующих переживаний. Соответственно, дестигматизация невозможна без глубокой проработки всего перечисленного. Для этого необходимо одновременное участие в данном процессе таких специалистов, как психиатры, психотерапевты, психологи и социальные работники.

При работе с личностными механизмами самостигматизации необходимо ориентироваться на следующие задачи. Человеку с психическим расстройством полезно осознание того, что при наличии болезни личность человека продолжает существовать и не определяется целиком только лишь наличием патологического процесса. Поэтому для восстановления «испорченной» идентичности необходимо осознание свойств и качеств своей личности, своих переживаний, отношений, ценностей. Важно осознать и отделить от себя реальное предвзятое отношение окружающих и выработать к нему понимание без идентификации с ним. Очень трудно преодолеть позицию «жертвы», в которой больные люди чувствуют себя более защищенными и получают больше сочувствия и помощи. Но без этого преодоления трудно вернуться к самостоятельному, субъектному, личностному отношению к своей жизни. Преодолевая собственные ограничивающие представления, человек имеет возможность переосмысления факта своей болезни, осознать ее место и роль в своей жизни, высвобождая ресурсы для более полноценной самореализации с учетом реальных, доступных путей.

В заключение важно отметить, что движение в направлении решения задач по преодолению стигматизации людей, страдающих психическими расстройствами, должно включать в себя не только меры организационного, институционального характера, разработка которых успешно ведется. Не менее важной задачей является изучение вопросов индивидуально-психологической реабилитации и преодоления самостигматизации, которая предполагает описание психотерапевтических задач и психологических способов коррекции этого явления.

Литература:

1. Башмакова О.В., Семенихин Д.Г. Стигматизация специалистов, связанных с оказанием помощи в области психического здоровья, как элемент модели болезни и терапии психических расстройств // Наука сегодня: проблемы и перспективы развития. Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции: в 3 частях. Научный центр «диспут». – М., 2015. – С. 123-125.
2. Бовина И.Б., Бовин В.Г. Стигматизация: социально-психологические аспекты (Часть 1) // Психология и право. – 2013. – №3.
3. Кекелидзе З.И., Пасынкова Ю.Г., Бедина И.А. Стигматизация больных шизофренией: методические рекомендации / НЦПЗ РАМН; ГНЦССП. – М.: ЗАО Юстицинформ, 2009. – С. 28.
4. Михайлов В.А. Актуальные вопросы эпилептологии – стигматизация, качество жизни и реабилитация больных // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2010. – №3. – С. 39-44.
5. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных

нозологических групп // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – №7. – С. 58-65.

6. Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация лиц с психическими расстройствами непсихотического уровня с суицидальным поведением // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №3. – С. 172.

7. Солоненко А.В., Янова О.А. Стигматизация родственников и повторные госпитализации пациентов с первым психотическим эпизодом // Психология. Экономика. Право. – 2012. – №1. – С. 44-51.

8. Ястребов В.С., Гонжал О.А., Тюменкова Г.В., Михайлова И.И. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации / НЦПЗ РАМН. – М.: ЗАО Юстицинформ. – 2009. – 18 с.

9. Стигма в психиатрии: скрытая угроза / Под ред. В.С. Ястребова. – 2-е изд. перераб. – М.: МАКС Пресс, 2008. – 46 с.

10. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity // N.Y.: Prentice-Hall, 1963. Chapters 1 and 2 (3-6).

11. Tassone-Monchicourt C., Daumerie N., Caria A. et al. Etats dangereux et troubles psychiques: images et realites // L'Encephale – 2010. – №36. – 3. – P. 21-5.

12. Miranda B. Sortir de la discrimination, un processus de changement social // Soins. Psychiatrie – 2011. – №275. – P. 23-4.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: ВОЗДЕЙСТВИЕ НА КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ШКАЛЫ ВАСС

Семенова Н.Д.¹, Палин А.В.²

¹ФМИЦПН им. В.П.Сербского

²Городская психиатрическая клиническая больница № 4
им П.Б. Ганнушкина
Москва

Введение.

В настоящее время широко развиваются методы психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении, среди которых: психообразование, когнитивные тренинги, мотивирующие вмешательства, тренинг социальных навыков, семейные подходы, когнитивно-поведенческая терапия и др. [1, 4]. Обучающие и тренинговые вмешательства направлены, среди прочего, на улучшение когнитивного функционирования пациентов [7]. **Когнитивный дефицит является ядерной характеристикой болезни – и в ходе развития заболевания отмечается дальнейшее снижение когнитивного функционирования у пациентов, что в целом негативно сказывается на многих показателях, в том числе и на долгосрочном прогнозе заболевания [10].**

Сугубо нейрофизиологическая интерпретация нарушений когнитивного функционирования и деятельности при шизофрении, как было показано, недостаточна – и разработка и реализация перечисленных выше методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилита-

ции больных шизофренией принципиально невозможна без паритетного участия медицинской психологии. Современные тенденции в реабилитации уже выделяют так называемую «реабилитационную психологию» в отдельную область [8], где развиваются подходы, сочетающие индивидуализированный когнитивный тренинг и групповую поддерживающую работу.

Когнитивные тесты в диагностике и терапии.

В практике психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении важно не столько констатировать нарушение когнитивного функционирования по тем или иным параметрам, сколько дать пациенту рекомендации в плане поддержания и тренировки когнитивных функций, чтобы не допустить их дальнейшего снижения.

Нарушения когнитивного функционирования и деятельности при шизофрении в большинстве работ оцениваются с привлечением модели стандартного когнитивного теста, при выполнении которого пациенты с шизофренией совершают значительно больше ошибок, нежели здоровые испытуемые. В качестве такого инструмента исследователями обычно используется тест сортировки карточек Wisconsin Card Sorting Test (WCST). Оказалось, что успешность выполнения задания пациентами с шизофренией связана и с рядом психологических факторов – более активным вниманием экспериментатора к испытуемому, более подробным инструктированием, подключением адекватного подкрепления (вознаграждения). Именно эти факторы и улучшали деятельность при выполнении пациентами когнитивных тестов, причем не только WCST, но и ряда других [3, 4, 7].

Этот эффект был подтвержден и в экспериментах на внимание, которое, как известно, также нарушено у пациентов с шизофренией. Тщательность инструктирования, а также (в особенности) взаимодействие этого фактора с рядом факторов мотивирующего порядка, значительно улучшали результаты. При интерпретации результатов в последующих экспериментах с использованием WCST мотивирующая составляющая и вовсе вышла на передний план. Успешное выполнение данного теста здоровыми испытуемыми обусловлено активным вниманием к той информации, которую они получают на первых этапах его выполнения. Именно здесь формируются успешные стратегии, определяющие всю последующую «игру», то есть, работа с первыми четырьмя карточками в существенной мере определяет успех при выполнении теста в целом (всего 64 карточки). Пациенты с шизофренией никак не реагировали на данную информацию, проявляли пониженную чувствительность к такой обратной связи. Только при подключении кратких психосоциальных вмешательств – в виде активирующей инструкции, направляющей внимание пациента на самые первые шаги в его деятельности, – результаты выполнения данного теста значительно улучшались [7]. Так, вмешательства на поведенческом уровне позволили улучшить результаты выполнения WCST: когда пациенты, руководствуясь инструкцией, в ходе выполнения

задачи каждый раз проговаривали вслух стратегию сортировки. WCST использовался и для развития навыков решения проблем, а также для изучения переноса навыка на сходные задачи [7].

Таким образом, даваемые в виде кратких психосоциальных вмешательств рекомендации пациентам – в плане развития когнитивных функций в ходе выполнения тестовых заданий обеспечивали своего рода обучение. Пациенты научились привлекать отвечающие ситуации необходимые когнитивные и поведенческие стратегии, и улучшали результаты своей деятельности в плане адаптивного функционирования.

«Когнитивно-мотивационный дефицит».

Вслед за Silverstein и Wilkniss [9], выявленные в исследованиях нарушения когнитивного функционирования по тем или иным показателям у пациентов с шизофренией – стали связывать не столько с когнитивным дефицитом как таковым, сколько с дефицитом мотивации.

Это определенным образом сказалось и на разработке методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных, на создании программ по улучшению когнитивного функционирования. Использование нейропсихологических тестовых показателей в качестве основы для разработки программ когнитивной реабилитации для пациентов с шизофренией приводило подчас к неверным умозаключениям и, в последующем, к использованию так называемых «терапевтических» приемов и упражнений, не адресующихся тому, что, скорее всего, стояло за нарушением когнитивного функционирования (например, дефицит мотивации). С другой стороны, всякое улучшение, демонстрируемое по нейропсихологическим тестам после курса когнитивной реабилитации (ремедиации), может определяться рядом факторов, лежащих за рамками концептуальной модели предлагаемого пациенту вмешательства – когнитивного тренинга (например, наличием высокой мотивации).

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, на уровне конкретных методов и подходов, в настоящее время ориентируется на преодоление не столько когнитивного, сколько «когнитивно-мотивационного дефицита» у пациентов с шизофренией [9]. Подключение кратких психосоциальных вмешательств, кроме вышеупомянутых когнитивного и поведенческого подходов (активирующая инструкция, направляющая внимание пациента, вербализация стратегии сортировки и т.п.), предполагает и обучение пациентов стратегиям регуляции аффекта, в целях улучшения выполнения заданий. Вообще говоря, в плане преодоления «когнитивно-мотивационного дефицита» необходимы психосоциальные вмешательства, связывающие воедино – аффективные, когнитивные и поведенческие компоненты, и включающие разного рода мотивирующие подкрепления (на этом мы подробно останавливались в наших публикациях [3, 4]).

Представляемая здесь работа идет в русле вышеуказанных тенденций. Предлагается подход, в котором диагностические методики из арсенала нейропсихологии

включаются в собственно групповую работу в рамках психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, и используются как составная часть психообразовательной программы – именно в качестве развивающего психотехнического средства. В этом мы усматриваем и близость к отечественной традиции, разделяющей констатирующий и развивающий эксперимент. Последний ставит своей целью не только определение уровня сохранности у пациента той или иной функции, но и активное ее формирование, развитие.

Так, нами используются задачи на вербальную беглость из Шкалы краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (шкала BACS) [6]. Как было указано, аналогичным образом использовался WCST и ряд других когнитивных тестов [7].

Аномалии вербальной беглости предположительно отражают дефект механизма переработки информации (семантической и фонетической), ведущий к возникновению клинически выраженных нарушений; а методика BACS – суть подход к оценке степени нарушения общего когнитивного функционирования [2]. В практике психосоциальной реабилитации, подчеркнем, важно не столько констатировать данное нарушение, сколько дать пациенту рекомендации в плане тренировки когнитивных функций, в частности, тренировки вербальной беглости.

В данной работе в формате психообразовательных занятий – больных не только информируют о многом, в том числе и о важности такой тренировки. Методика BACS включается в собственно групповую работу в качестве психотехнического средства, опирающегося на принципы формирующего эксперимента.

Шкала BACS и возможность ее использования в психообразовании.

В русле предлагаемого подхода шкала BACS используется как обучающий инструмент, реализуемый в контексте психообразования [5]. Методика диагностики трансформируется в собственно психотехнику, и в формат группового занятия вводятся элементы когнитивного тренинга. При этом – применительно к больным шизофренией – соблюдаются все принципы мотивирующего обучения [8], включаются необходимые социальные контекстуальные детерминанты внутренней мотивации: персонализация, контекстуализация, возможность выбора. В целом, занятие строится по стандартам психообразования и длится, как правило, 45-60 минут. Режим проведения – от одного до трех раз в неделю в амбулаторном или стационарном режиме, в группах из 5-10 человек. Занятие состоит из двух частей: «теория» и «практика» (вступительная лекция и обсуждение, закрепление материала). В лекционной части пациентам рассказывают о когнитивной сфере (о том, какие нарушения мышления могут иметь место при психическом заболевании), рассказывают и о вербальной беглости, а главное – о необходимости постоянно тренировать когнитивные функции.

Вербальная беглость определяется как скорость генерации списка слов, начинающихся на определенную букву, например, на букву «А» (фонетическая вербальная

беглость), или принадлежащих к определенной семантической категории, например, категории «ягоды» (семантическая вербальная беглость). Далее следует переход к собственно тренировке вербальной беглости, с использованием приемов групповой работы, высказываний по кругу и т.п. Все это выступает для больных как ментальная или умственная «зарядка». Это, несомненно, усиливает мотивацию (что первоначально в работе с пациентами с шизофренией) – а мотивация, в свою очередь, позволяет свести воедино все составляющие такого интерактивного обучения. Пациентам дается задание назвать как можно больше слов на букву «А» (аист, ананас, акула, автомобиль, апельсин ...) или назвать как можно больше слов, относящихся к категории «ягоды» (брусника, голубика, ежевика, земляника, смородина ...). Уровень сложности задачи по ходу варьируется: за счет скорости или количества слов, которые следует назвать (3-5-10 слов), разрешаются или запрещаются подсказки, меняются буквы и категории (слова на букву «Ю» или слова, относящиеся к категории «предметы кухонной утвари»).

В настоящее время данный подход, в котором диагностическая методика включается в работу по программе психообразования в качестве развивающей, проходит эмпирическую валидизацию на базе ряда клинических учреждений медико-реабилитационного профиля г. Москвы (Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина, Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А. Гиляровского); получены предварительные результаты.

В целом, опыт использования психодиагностики в качестве развивающей психотехники дал обнадеживающие результаты – определяющиеся, на наш взгляд, преобразованием контекста. Контекст «диагностика» меняется на контекст «обучение» (интерактивное обучение или игра). Отмечаемый исследователями значимый разброс в плане выполнения пациентами с шизофренией нейропсихологических заданий объясняется тем, каким образом пациенту предоставляется стимульный материал [9]. Неверная проработка пациентом контекста негативно влияет на последующее выполнение задания. Оптимизировать выполнение задания можно за счет преобразования контекста, систематически усиливая так называемый «контекстуальный вход». Это максимально увеличит вероятность того, что пациент станет привлекать нужные, отвечающие поставленной перед ним задаче, когнитивные операции. Все это согласуется с конечной целью реабилитационных вмешательств – обучить пациентов (самостоятельно) подключать усилия, направленные на проработку контекстуальных ключей в процессе выполнения задачи.

Практическая ценность данного подхода не ограничивается обогащением методического арсенала психообразования новым современным материалом. Не все лечебные учреждения располагают достаточными ресурсами и могут предоставить пациенту с шизофренией возможность полноценного когнитивного тренинга, тогда как традиционный набор психосоциальных мероприятий

(включающий в качестве обязательного компонента психообразование в той или иной форме) имеется в наличии и доступен большинству пациентов учреждений медико-реабилитационного профиля.

Литература:

1. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 1. – С. 5–9.
2. Дроздова К.А., Рунчев Г.Е., Семенова Н.Д. Нарушение вербальной беглости у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, № 4. – С. 9–19.
3. Семенова Н.Д. Повышение уровня мотивации при шизофрении: использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 1. – С. 80-88.
4. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 19, № 4. – С. 78-86.
5. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 30-39.
6. Keefe R. S. E. Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) Manual – A: Version 2.1 // Durham, NC, Duke University Medical Center. – 1999.
7. Kurtz M.M., Moberg P.J., Gur R.C. and Gur R.E. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: A review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 11:197-210, 2001.
8. Medalia A., Choi J. Motivational Enhancements in Schizophrenia; in Roder V, Medalia A (eds): *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment*. Karger, 2010, pp 158-173.
9. Silverstein S. M., Wilkniss S. M. At issue: the future of cognitive rehabilitation of schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. – 2004. – Т. 30. – №. 4. – С. 679-692.
10. Sharma T., Antonova L. Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences, and future treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 26:25-40, 2003.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ИХ ЛЕЧЕНИЮ И СТРАТЕГИИ ЕЕ ПОВЫШЕНИЯ

Солохина Т.А.¹, Митихин В.Г.¹, Ястребова В.В.¹, Алиева Л.М.¹, Машошин А.И.²

¹ Научный центр психического здоровья РАМН

² Психоневрологический диспансер №18 – психиатрическая больница №14 Москва

Среди многочисленных факторов, связанных с комплаентностью больных шизофренией [9, 7, 12], важное место занимает характеристика семьи пациента: особенности взаимоотношений в ней, понимание необходимости лечения, взгляды семьи на риск и пользу от лечения, знания, убеждения, вовлеченность в психообразование, стигма и другие семейные факторы во многом формируют приверженность пациента лечению. Стабильная и адекватная поддержка семьи обеспечивает более высокий уровень комплаенса, а негативное отношение родственников к лечению является мощным предиктором последующей некомплаентности больного [1]. Учитывая сказанное, актуальным является выявление факторов, негативно или позитивно влияющих на приверженность родственников лечению больного члена семьи для того, чтобы определить возможные подходы к ее повышению.

Задачи исследования: выявить факторы, формирующие отношение к фармакотерапии больных шизофренией их родственников, разработать меры по повышению приверженности семьи лечению пациента, оценить эффективность психообразования родственников повышения их приверженности лечению.

Материал и методы. В исследовании участвовали 107 больных шизофренией, наблюдающихся в ПНД № 18 ГБУЗ «ПБ №14 ДЗМ», и 105 их родственников (27 отцов и 78 матерей)¹. Родственники до 60 лет составили 55%, 60 лет и старше – 45%; высшее и среднее специальное образование имели 76% из них.

Среди обследованных пациентов преобладали больные с диагнозом параноидной шизофрении (F20), удельный вес которых достигал 75,5%. В меньшей степени были представлены пациенты с шизоаффективным расстройством (F25), доля которых составила 11,3%, а также с шизотипическим расстройством (F21) – 9,4%. Резидуальная и простая формы шизофрении встречались в единичных наблюдениях (3,8%). Около 70% пациентов имели длительность заболевания от 6 до 20 лет, большинство (80%) являлись инвалидами и не работали (72%). Большая часть пациентов, принимавших участие в исследовании, проживали с родителями (63%), остальные имели свои семьи или были одиноки. Для всей изученной выборки был характерен низкий уровень социальных контактов. Все пациенты находились на психофармакотерапии, однако, по оценкам лечащих врачей, лишь чуть больше половины из них (55%) осознанно относились к лечению и самостоятельно принимали медикаменты, 37% принимали лекарства пассивно, под присмотром родителей, 8% уклонялись от приема препаратов.

Для разработки мер по улучшению приверженности семьи лечению психически больных были обследованы 48 родственников, принимавших участие в программе психиатрического образования и в исследовании по оценке ее эффективности. В этой группе 73,0% (35 человек) были представлены родителями, проживающими с пациентом (остальные участники – супруги, братья или сестры пациентов). Средний возраст участников программы составил 46,4±13,5 лет. Большинство родственников имели достаточно высокий уровень образования: у 48,0% (23 человека) участников программы было высшее образование, незаконченное высшее у 10,5% (5 человек), среднее специальное образование имели 29,5% (14 человек) родственников больных. На адекватную поддержку психически больного человека указали 60,0% родственников, 19,0% имели конфликты и трудности во внутрисемейных отношениях и 21,0% участников программы отмечали частые конфликты и критические замечания в адрес пациентов со стороны других членов семьи.

В исследовании использовался следующий методический инструментарий: шкалы осознания болезни (ISP, M. Birchwood et al., 1994) и отношения к лекарственным препаратам (T.P. Hogan, A.G. Awad, R. Eastwood, 1983) для пациентов и адаптированные нами для родственников больных; опросник «Индикатор копинг-стратегий» (J. Amirkhan 1990), адаптированный Н.А. Сиротой (1994) и В.М. Ялтонским (1995); опросник выраженности психо-

¹ Авторы настоящей публикации выражают глубокую признательность участковым врачам-психиатрам ПНД № 18 за неоценимую помощь при обследовании включенных в данное исследование больных – Беленькой Д.В., Лабзиной Л.И., Медведеву И.Л., Ястребовой М.В.

патологической симптоматики (L.R. Derogatis et al., 1974), адаптированный Н.В. Тарабриной (2001); опросник исследования межличностных проблем (L. Horowitz, 2000), адаптированный С.Н. Ениколоповым, А.И. Цапенко (2009); шкала социального функционирования (SAS-SR, M. Weissman и S. Bothwell, 1976), адаптированная С.Н. Ениколоповым, А.И. Цапенко (2009.); опросники по оценке удовлетворенности лечением, разработанные в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ, а также ряд других опросников и шкал. Изучены социально-демографические характеристики больных и их родственников.

Обработка данных проводилась с использованием метода анализа иерархий (МАИ), разработанного Т. Саати в 1993 [2] и позволяющего переводить порядковые шкалы в шкалу отношений (на основе фундаментальной шкалы МАИ). На первом этапе проводился корреляционный анализ с целью отбора характеристик пациентов и родственников значимых для показателя комплаенса. На втором этапе формировались регрессионные модели для показателя комплаенса. Модели строились с учетом гендерного фактора – раздельно для родственников-мужчин (отцов) и родственников-женщин (матерей), Указанный подход позволил построить линейные факторные модели с коэффициентами надежности у отцов $R^2=0,639$, у матерей $R^2=0,534$.

Результаты. Для выявления факторов, влияющих на приверженность психофармакологическому лечению родственников больных шизофрений, было проанализировано более 50 параметров, характеризующих пациентов и их родственников (пол, возраст, образование, профессиональная группа, трудовая занятость, отношения в семье, длительность заболевания, диагноз, инвалидность, число госпитализаций, участие в реабилитационных программах, осознание болезни, отношение к медикаментозному лечению, социальное функционирование, наличие стресса от проблем в межличностном общении и социальном функционировании, удовлетворенность пациентов и родственников помощью, и многие другие), наиболее значимые из которых использованы при построении регрессионных моделей. При анализе моделей выявлены общие для родственников пациентов факторы, в той или иной степени влияющие на их отношение к лечению, а также гендерные различия.

Факторы комплаентности родственников больных шизофренией, обусловленные их социально-демографическими и личностными характеристиками. Фактором, способствующим адекватному отношению к лечению родственников-мужчин (отцов) и родственников-женщин (матерей), являлся их возраст – с его увеличением их комплаентность повышалась. Характерно отметить, что в обследованной группе родственников 88% из них никогда не участвовали в реабилитационных программах (психообразование, психотерапия), лишь 7% родственников получали психологическую помощь, всего два человека являлись членами общественных организаций. Поэтому можно предположить, что определяющим был их собственный опыт, приобретенный за годы болезни близкого человека (длительность болезни более 70% пациентов превышала 10 лет), адаптация со временем к тяжелой жизненной ситу-

ации, получение необходимой информации и поддержки от лечащего врача-психиатра в индивидуальном порядке. Сказанное подтверждает необходимость включения психосоциальной работы на самых ранних стадиях болезни пациента, поскольку эта работа является значимым фактором улучшения комплаентности, снижения рецидивов болезни, уменьшения бремени болезни.

Анализ показал, что у родственников больных шизофренией (и у отцов, и у матерей) факторами, определяющими их негативное отношение к лечению, являются недостаточное осознание болезни, низкий уровень образования, что было продемонстрировано на модели комплаенса для родственников-мужчин, а также нарушенные интерперсональные отношения, что было характерно для модели комплаенса родственников-женщин.

В нашем исследовании оценка осознания болезни проводилась по следующим подразделам шкалы ISP, адаптированной для родственников больных: объяснение болезни, осознание болезни и осознание необходимости лечения. Установлено, что 42,9% родственников больных не расценивали симптомы своего близкого, как проявление психического расстройства, объясняя симптомы следствием других причин. Отрицали психическое расстройство и не были согласны с тем, что их родственник болен психически, 32,4% родных. Почти треть родственников (27,6%) не осознавали необходимость лечения. Полученные сведения подтверждают, что родные и близкие пациентов придерживаются стигматизирующих убеждений в отношении психического заболевания, склонны отрицать объективный характер психопатологии, видеть причины его возникновения в психологических факторах (например, в результате неприятностей, которые предшествовали появлению болезни), стрессе, переутомлении, «порчи», «сглаза», «дурного» влияния среды» и проч.

Как было отмечено выше, низкая комплаентность родственников связана с нарушением интерперсональных отношений: у родственников – женщин выявлен повышенный общий межличностный дистресс, а также повышенный дистресс по шкалам «самопожертвование» и «неуверенность» (по опроснику исследования межличностных проблем, L. Horowitz, 2000), что может приводить к негативным паттернам поведения по отношению к больному, неумению выстраивать с ним отношения, чрезмерной опеке, контролю или его отвержению. Такие взаимоотношения могут быть результатом неправильного восприятия болезненных проявлений, низкой информированности относительно лечения, а также свидетельствовать о необходимости оказания членам семьи глубинной психотерапии [4]. Поэтому важнейшей задачей является создание условий для того, чтобы родственники больного минимизировали поведение, деструктивно влияющее на состояние больного, если таковое имеет место, а также могли реализовать свой ресурс помощи больному.

Вместе с тем, более высокая комплаентность была связана с таким фактором, как уровень социального функционирования родственников: с его повышением возрастала и их комплаентность, что было продемонстрировано на

модели для родственников-мужчин. Необходимость выполнения отцами соответствующих социальных ролей, таких как работа ради заработка, общественная жизнь и досуг, супружеские отношения, забота о своих престарелых родителях, поддерживали их комплаентность в отношении лечения больных членов семьи на более высоком уровне.

Факторы комплаентности родственников, обусловленные социально-психологическими особенностями пациентов. При построении регрессионных моделей выявлено, что факторами, повышающими комплаенс родственников, являлись положительное отношение пациентов к лекарственной терапии, а также их адаптивные стили копинг-поведения, в частности, использование ими стратегии разрешения проблем, попытки их преодоления с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов, что характерно для пациентов с более высоким уровнем адаптации.

В то же время, определение повышенного общего межличностного дистресса у пациентов, равно как и у матерей, а также повышенного дистресса по шкалам «неуверенность», «излишняя уступчивость» и «социальная подавленность» у пациентов подтверждали наличие дисфункциональных системных нарушений в семьях больных шизофренией и их негативное влияние на приверженность лечению.

Факторы комплаентности родственников, обусловленные качеством оказываемой психиатрической помощи. При построении регрессионных моделей показано, что важным фактором, влияющим на отношение родственников к лечению, является удовлетворенность оказываемой психиатрической помощью. Несмотря на высокие оценки качества и объема помощи в целом, было выявлено несоответствие ожиданий респондентов-родственников относительно полноты получения информации, что вызывало их неудовлетворенность. В большей степени это касалось предоставления и разъяснения информации о болезни пациента и его лечении. Лишь у половины родственников (50,4%) никогда не было трудностей при желании узнать что-либо у врача; свыше трети опрошенных (36,4%) отмечали, что такие трудности возникали. Результаты опроса показали, что родственники недостаточно информированы о болезни и лечении своего близкого. Информацию о болезни получали лишь 45,5% членов семей, а 54,2% родственников отметили, что им ничего не рассказывали о болезни пациента. Из тех, кто получал разъяснения о болезни, лишь 48,9% были полностью удовлетворены этой информацией. Аналогичные результаты получены по вопросу предоставления сведений о лечении заболевания: 34,5% родственников ответили, что такой информации не получали.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что перед членами семей встает целый ряд проблем: умение отличать клинические проявления заболевания от особенностей характера больного человека, выстраивать отношения с больным человеком и специалистами, работающими в медицинских учреждениях. Как показало наше исследование, в большинстве семей

знания о природе психических заболеваний и их лечении, особенностях общения с больным человеком, минимальны. Многие родственники психически больных находятся в состоянии хронического стресса, и им необходима помощь в формировании навыков совладания со сложными жизненными ситуациями.

Среди многочисленных видов психосоциального лечения стартовым вмешательством при работе с семьей пациента считается психообразование [6], составляющее основу стратегии улучшения комплаенса. Задачей психообразования является предоставление больным или членам их семей информации о болезни, препаратах для ее лечения и их потенциальных побочных эффектах, формах помощи, ресурсах сообщества и проч. Однако, не во всех исследованиях были получены положительные результаты относительно этого вида воздействия. Показано, что результативность психообразования растет при сочетании нескольких подходов и при воздействии по нескольким направлениям [5, 10]. В частности, к такому вмешательству относится комплаент-терапия, соединившая психообразование и мотивационное интервью, и нацеленная на помощь пациентам и членам семьи в понимании связи между обострением и несоблюдением режима приема препаратов [8, 11].

Учитывая это обстоятельство, нами была разработана модель оказания социально-психологической помощи родственникам психически больных [3], включающая ряд модулей, предполагающих достижение конкретных целей и решение определенных задач, которые актуализируются при работе с семьей и должны быть последовательно решены. Структурными элементами (модулями) являются: программа психиатрического образования, индивидуальное и семейное психологическое консультирование, тренинги, направленные на выработку необходимых родственникам навыков (решения проблем, коммуникативных, управления эмоциональной сферой и проч.), групп-аналитическая психотерапия, терапия средой (воздействие терапевтического сообщества, функционирующего в рамках общественной организации на принципах партнерства и состоящего из пациентов, их родственников, профессионалов сферы психического здоровья).

В данной статье мы кратко остановимся на основных методических аспектах разработанной психообразовательной программы и результатах оценки ее эффективности.

При проведении образовательной программы для родственников психически больных используется модель интерактивного обучения (обмен мнениями, опытом, побуждение к активности в процессе проведения занятий, выражение чувств, поддержка), учитываются ожидания и индивидуальные потребности родственников пациентов.

В базовый курс входят двенадцать занятий, на которых обсуждаются клинические проявления психических заболеваний, их лечение, признаки рецидива, их связь с прекращением медикаментозной терапии, психологические проблемы в семьях и пути их решения, современная система психиатрической и социальной помощи, законодательство, касающееся оказания психиатрической

помощи, психосоциальная реабилитация и многие другие вопросы, которые важны для родственников психически больных. Занятия проводит команда специалистов, в состав которой входят психиатр, психолог, социальный работник, юрист.

Желательно еженедельное проведение встреч в определенный день в вечерние часы. Для лучшего усвоения материала целесообразно иметь слайд-проектор, экран, доску, мелки, фломастеры. Желательно, чтобы группа состояла не более, чем из 8 – 10 слушателей.

В процессе занятий осуществляется работа над групповой сплоченностью участников для последующего создания групп поддержки, вовлечения в общественное движение. Косвенно решаются и другие задачи: развиваются навыки общения с медицинским персоналом, в семье, формируются навыки решения проблем. Как правило, в процессе психообразования не затрагиваются глубинные механизмы внутрисемейного взаимодействия – эта работа отнесена на последующие этапы работы с родственниками больных, в частности, на этап психотерапии.

При проведении программы психообразования ее участникам оказывается психологическая поддержка специалистами, ведущими занятия, а также другими родственниками-участниками, присутствующими на занятиях. Все участники программы должны иметь возможность рассказать о своих проблемах, поделиться с другими опытом преодоления болезни.

Результаты исследования продемонстрировали, что участие в психообразовании способствовало увеличению числа родственников, осознающих психическое заболевание у члена семьи. Если до участия в психообразовательной программе 77,1% родственников полностью осознавали, что их близкий страдает психическим заболеванием, то после участия в обучающем курсе таких родственников было 87,5%. Эта группа пополнилась за счет лиц, частично или вовсе не признающих психическое заболевание у своего родственника.

После участия в психообразовательной программе увеличилось число родственников, понимающих необходимость лечения и адекватно относящихся к медикаментозной терапии. До участия в ней 75,0% родственников признавали необходимость лечения, после курса обучения таких лиц было 89,6%. Вместе с тем установлено, что не все участники образовательной программы в полной мере осознали необходимость лечения (таких родственников было пять человек).

В соответствии с дизайном исследования был изучен актуальный психологический симптоматический статус родственников до и после участия в программе. Показано, что если до проведения психообразовательной программы у обследованных лиц по сравнению с нормативными величинами отмечались статистически достоверные повышенные значения средних показателей по четырем шкалам: обсессивно-компульсивные расстройства ($p=0,0008$), тревожность ($p=0,001$), фобическая тревожность ($p=0,000001$) и враждебность ($p=0,006$), то участие в психообразовательной программе, продол-

жавшейся на протяжении 3-х месяцев, способствовало улучшению их психологического статуса: наблюдалось снижение средних показателей до нормативных значений по шкалам обсессивности-компульсивности с 0,93 до 0,53 ($p=0,00051$) и тревожности с 0,73 до 0,40 ($p=0,00259$). Отмечалось также статистически достоверное снижение среднего показателя по шкале фобической тревожности с 0,82 до 0,47, которое, однако, не достигло нормативных показателей (0,32-0,35). Уменьшился показатель по шкале враждебности, но его снижение не достигло статистически достоверной величины.

Общий индекс тяжести текущего состояния (GSI) уменьшился после участия в программе до показателя 0,37 по сравнению с его величиной 0,68 до начала программы ($p=0,001805$). Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), который является мерой интенсивности проявления психопатологических симптомов (соответствует количеству симптомов) снизился с 0,68 до 0,37 ($p=0,00031$). Общее число симптомов (PST), на которые респонденты дали утвердительные положительные ответы после участия в программе уменьшилось с 36,33 до 23,87 ($p=0,0033$).

Участие в психообразовательной программе оказало влияние на изменение копинг-стратегий родственников больных. Уменьшились средний показатель дистанцирования от существующих у них проблем (с 9,520 до 8,041, $p=0,010$) и средний показатель по шкале принятия ответственности, которое характеризуется признанием субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение (с 6,91 до 6,02, $p=0,041$). Выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой, что свидетельствует о стигматизации родственников больных. Средний показатель по шкале «бегство-избегание» (преодоление личностью негативных переживаний в связи с трудностями по типу уклонения, отрицания проблемы) снизился с 10,60 до 8,70 ($p=0,036$), а показатель копинг-механизма по конфронтационному типу уменьшился с 8,770 до 7,708 ($p=0,059$). Полученные данные свидетельствуют о том, что психообразовательная программа способствовала снижению стигматизации родственников больных, страдающих шизофренией.

Выводы. Проведенное исследование расширяет знания о приверженности лечению при психических заболеваниях, выявляет факторы, формирующие отношение к фармакотерапии родственников больных шизофренией, позволяет выявлять семьи, нуждающиеся в социально-психологической помощи (психообразование, психотерапия, психологическое консультирование и проч.).

Результаты оценки эффективности психообразования родственников, продемонстрировали улучшение осознания болезни и понимание необходимости длительного медикаментозного лечения больных шизофренией. Участие в психообразовательной программе способствовало улучшению психологического состояния родствен-

ников больных, снижению ригидности копинг-стратегий, появлению более конструктивных способов совладающего поведения.

Важными направлениями улучшения приверженности лечению при психических заболеваниях являются повышение качества психиатрической помощи, развитие партнерской модели взаимоотношений, создание терапевтического альянса специалистов с пациентами и их родственниками.

Литература:

1. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Влияние семьи на меликаментозный комплаенс больных шизофренией // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2010. – № 2. – С. 33-36.
2. Солохина Т.А., Ястребов В.С., Цапенко А.И., Шевченко Л.С. Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных: методические рекомендации: Методические рекомендации – М.: МАКС Пресс, 2008. – 36 с.
3. Саати Т. Принятие решений. Метод анализа иерархий. Пер. с англ. – М.: Радио и связь, 1993. – 320 с.
4. Цапенко А.И., Шанаева Д.М. Семья и психическая болезнь – психологические проблемы и пути их решения / Под ред. В.С. Ястребова. 2 изд. – М.: МАКС Пресс, 2008. – 64 с.
5. Barkhof E., Meijer C.J., de Sonnevile L.M. et al. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – a review of the past decade // *Eur. Psychiatry*. – 2012. – V. 27. – P. 9-18.
6. Falloon I.R.H., Boyd J.L., McGill C.W. et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1985. – Vol. 42. – P. 887-896.
7. Kane J. M., Kishimoto T., Corr C.U. Несоблюдение режима лечения пациентами с психотическими расстройствами: эпидемиология, предрасполагающие факторы и тактика ведения // *Всемирная психиатрия*. – Октябрь, 2013. – Т.12., № 3. – P. 208-219.
8. Kemp R., Kirov G., Everitt B. et al. Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up // *Br. J. Psychiatr.* – 1998. – V. 172. – P. 413-419.
9. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R. et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature // *J. Clin. Psychiatry*. – 2002. – V. 63. – P. 892- 909.
10. Lincoln T.M., Wilhelm K., Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis // *Schizophr. Res.* – 2007. – V. 96. – P. 232-245.
11. Merinder L.B., Viuff A.G., Laugesen H.D. et al. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1999. – V. 34. – P. 287-94.
12. Velligan D.I., Weiden P.J., Sajatovic M. et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness // *J. Clin Psychiatry*. – 2009. – V. 70 (Suppl. 4). – P. 1-46.

ИННОВАЦИОННО-РЕФОРМАТОРСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Солохина Т.А., Ястребов В.С.

*Научный центр психического здоровья РАМН
Москва*

В настоящее время важнейшим направлением совершенствования современной психиатрической службы является развитие общественно-ориентированной психиатрии, основными задачами которой является социальная интеграция психически больных в общество, повышение толерантности окружающих к психически больным людям, психиатрам и психиатрии в целом, широкое использование ресурсов сообщества для оказания психиатрической и социально-психологической помощи по месту жительства лицам, страдающим психическими расстройствами [3].

Значимым элементом этой системы являются общественные (неправительственные) организации, ориентированные на решение следующих задач [5, 10]:

- укрепление социальных позиций психически больных в обществе;
- повышение толерантности общества к психически больным;
- изменение устоявшихся в общественном сознании взглядов на психиатрию и психически больных;
- привлечение общественного внимания к злободневным проблемам психиатрии;

- участие в законотворческой деятельности;
- оказание социально-психологической и информационной поддержки пользователям психиатрической помощи;

- содействие деятельности, направленной на поддержку лиц с психическими расстройствами – их трудовую занятость, профессиональное обучение, отдых, проведение досуга, в том числе, улучшение качества оказываемой помощи лицам с нарушениями психического здоровья и прочее.

Являясь элементом гражданского общества, неправительственные организации в психиатрии могут сотрудничать с государственными структурами и обществом на разных уровнях:

- на *законодательном уровне*, участвуя в проведении экспертиз проектов законов и нормативных документов, касающихся прав и интересов психически больных, анализе случаев нарушений закона о психиатрической помощи, кодекса профессиональной этики психиатра и проч.;

- на *уровне исполнительной власти* (правительственный уровень – Министерство здравоохранения РФ, Министерство образования и науки РФ, Министерство труда и социальной защиты и др.), становясь при этом партнерами, например, в разработке национальной Программы охраны психического здоровья, предусматривающей решение многих социальных проблем лиц с психическими расстройствами, а также в осуществлении постоянного мониторинга исполнения положений соответствующих программы в качестве института контроля;

- на *уровне общества*, обеспечивая, наряду с другими органами и структурами, проведение программ психопросвещения, психообразования, повышения толерантности населения к лицам с психическими расстройствами, участвуя в разработке и повсеместном внедрении в практику программ дестигматизации психически больных, оказывая социально-психологическую помощь и проводя психосоциальную реабилитацию;

- на *региональном и муниципальном уровнях*, входя в состав членов комитетов и комиссий, решающих вопросы охраны психического здоровья населения на конкретной территории, принимая участие в контроле качества психиатрической помощи и участвуя в разработке программ, направленных на его повышение;

Вместе с тем, общество в целом еще недооценивает значимость общественных структур как фактора, способного эффективно действовать на социально-политической арене [8]. Как показывает анализ, среди множества причин, которые в настоящее время тормозят процесс развития общественного сектора, наиболее явными являются [2, 8]:

- низкая информированность общества, недоверие к их деятельности значительной части граждан, поскольку позитивные факты об этом редко публикуется в СМИ;

- скепсис в отношении эффективности этой деятельности, поскольку большинство общественных организаций не обладает достаточными ресурсами;

- установка граждан на самостоятельное разрешение своих проблем с ожиданием минимальной помощи от государства и общества: большая часть населения страны, в том числе лица, страдающие психическими расстройствами, и члены их семей полагаются больше на собственные, традиционные технологии выживания, что делает невостребованными социальные инновации, предлагаемые современными общественными организациями.

Цель – проанализировать деятельность общественных организаций, связанных с проблемами психического здоровья, оценить их инновационно-реформаторский потенциал, определить роль и место в системе психиатрической помощи населению страны.

Материал и методы исследования. Изучена деятельность около 200 общественных организаций Москвы, Московской области, Санкт-Петербурга, других городов России по материалам специализированных сборников, баз данных и др. Использован метод сравнительного анализа.

Результаты. Установлено, что цели общественных организаций в сфере психического здоровья схожи – это, главным образом, повышение качества жизни лиц, имеющих проблемы с психическим здоровьем, борьба с дискриминацией и стигматизацией, что определяет конкретные задачи.

Организационно-правовые формы изученных объединений представлены не имеющими членства фондами и автономными некоммерческими организациями, а также основанными на членстве общественными объединениями, преобладающими среди изученных организаций (более 70%).

Деятельность общественных объединений в психиатрии многообразна и включает направления, среди которых в наибольшем объеме представлена психологическая и психотерапевтическая помощь детям и взрослым, их социально-психологическая реабилитация; в наименьшей мере оказывается социально-трудовая реабилитация, а также правовая поддержка и юридическая помощь, несмотря на высокую потребность в ней. Ранее проведенное нами исследование показало, что около 75% семей психически больных нуждаются в этом виде помощи [6]. Ряд организаций оказывает педагогическую помощь, предоставляет поддержку в сфере образования, социальной защиты, физической культуры и спорта, искусства и культуры. Вместе с тем, как было отмечено выше, до сих пор имеется недостаточная информированность об их деятельности, как среди пользователей помощи, так и работников психиатрической службы [2].

При анализе такого понятия как «инновационный потенциал общественных организаций», прежде всего, имеются в виду формы взаимодействия различных социальных групп – в данном случае пользователей психиатрической помощи и специалистов, работающих в общественных организациях, поддержка реформ, коррекция их деятельности в соответствии с потребностями, интересами и требованиями указанных социальных групп, эффективные методы работы, нормы и правила

жизнедеятельности общественных объединений, обеспечивающие их устойчивость в обществе [8]. Превращение общественных движений в психиатрии в носителя инновационно-реформаторского потенциала возможно только при условии, если они сами окажутся готовыми выполнять функции посредника между обществом и государством, действуя инновационными методами, а властные структуры станут относиться к ним как к партнерам, которые имеют право принимать участие в процессе принятия решений [8]. Учитывая это, важно понять, насколько общественные организации в психиатрии обладают инновационным потенциалом реформирования отечественной психиатрической службы, являются ли они посреднической структурой между государством и обществом.

В настоящее время общественные объединения для обращения на себя внимания властных органов применяют хорошо известные и проверенные в действии технологии массовых акций: сбор подписей в различных заявлениях и обращениях, переговорный процесс с региональными властями, поиск и мобилизация сторонников из числа политических партий и др. Вместе с тем возникли и применяются новые технологии, в том числе в психиатрии: в первую очередь, создание Общественных советов на Федеральном уровне при главном психиатре Минздрава России [9] и в психиатрических учреждениях, проведение интернет-форумов (например, форум "Шизофрения и Я", форумы родственников психически больных), размещение информации на сайтах общественных организаций в Интернете, а также организация новых агитационных форм – граффити, флеш-мобы, радио «Зазеркалье» и т.п.

Развитие общественного движения в психиатрии продемонстрировало, что в них работают способные, инициативные и инновационно ориентированные граждане, проявившие готовность к самоорганизации, созданию независимых общественных организаций. Общественным организациям, работающим в сфере психического здоровья, присущи коллективные действия в инновационном формате, их характеризует демократический, а не авторитарный стиль управления. Ряд из них выполняют инновационные программы, создали эффективные формы помощи, например, РОО «Клуб психиатров», ВООИ «Новые возможности», РОО «Круг» и проч. К сожалению, такие организации до сих пор немногочисленны, ряд из них не в полной мере реализуют свои возможности на практике.

Необходимо отметить, что на современном этапе развития психиатрической помощи подход к работе с психически больными, характерный для медицинской модели оказания помощи, уходит в прошлое. На смену ему приходит полипрофессиональный подход, характеризующийся командной работой специалистов и партнерскими отношениями с пользователями помощи. Меняются требования к стилю и содержанию работы специалистов, что заключается в изменении коммуникативных стереотипов, улучшении восприятия и пони-

мания проблем пациентов, умения управлять своими эмоциональными проявлениями, осознании собственных чувств как важного инструмента в работе с пациентами. Эти особенности учтены при внедрении модели медико-психологической и социальной помощи пациентам и членам их семей в общественной благотворительной организации «Семья и психическое здоровье», созданной по инициативе сотрудников отдела организации психиатрической помощи НЦПЗ РАМН, а также пользователей помощи и лиц им сочувствующих [7]. Остановимся более подробно на характеристике инновационно-реформаторского потенциала и опыте работы этого общественного объединения.

Членами организации являются специалисты службы психического здоровья (более 30 человек, средний возраст 47,7 лет) и пользователи помощи – лица, страдающие психическими заболеваниями, и члены их семей (всего, более 80 человек; возраст лиц, страдающих психическими заболеваниями варьирует от 18 до 55 лет, средняя длительность заболевания в среднем составляет 14,9 лет, среди них инвалидность имеют 92,3%, работают только 11,5%, проживают с родителями 86,2%, остальные одинокие или имеют собственные семьи; родственники лиц, страдающих психическими заболеваниями – в основном матери, средний возраст 60,4 года, одинокие – 53,8%). Ядро организации составляют специалисты службы психического здоровья, увлеченные своим делом, соответствующим их гражданской позиции.

В структуру модели, действующей на протяжении более 10 лет, входят реабилитационная программа на базе психиатрической больницы и социальный клуб для пациентов, получающих лечение непосредственно в обществе, вне традиционной психиатрической службы. Комплексная помощь оказывается мультидисциплинарной командой специалистов, состоящей из психиатров, психологов, социальных работников, медицинских сестер.

Осуществляются следующие виды вмешательства, предназначенные пациентам и членам их семей: консультации психиатров, психообразование, психологическое консультирование, тренинги навыков, необходимых для независимой жизни в обществе (коммуникативные, управления эмоциональной сферой, развития личности, социально-бытовые и др.), оказываются различные виды групповой психотерапии (групп-аналитическая психотерапия, арттерапия, танцевально-двигательная терапия, музыкотерапия), проводятся досуговые мероприятия, терапия средой.

Работа в организации базируется на этических принципах, партнерских взаимоотношениях с пациентами и членами их семей, в ней реализуются следующие базовые ценности: направленность на личность пациента, а не на болезнь; развитие отношений, поддерживающих надежду на выздоровление и обеспечение условий, способствующих развитию таких отношений; выявление потребностей и сильных сторон личности, ее развитие, признание различия людей.

При проведении реабилитационной работы обеспечивается длительный период психосоциальной терапии за счет последовательной смены ее видов, осуществляется постоянный контакт с психиатрическими учреждениями для вовлечения пациентов и их родственников в программы психосоциальной реабилитации, общественное движение, а также во все стратегии развития службы – от национального уровня (работа в Общественном совете при главном психиатре Минздрава РФ) до участия в работе общественных организаций.

Установлено, что реабилитационные программы, проводимые общественной организацией «Семья и психическое здоровье», способствует улучшению социального функционирования и качества жизни пациентов, развитию их личности, снижению социально-психологического и экономического бремени членов их семей.

При социологическом опросе пользователей помощи-членов организации, посвященном тому, как они понимают выражение «Я сам строю свою жизнь», было установлено, что в это понятие они вкладывают ответственность за собственное поведение; готовность решать возникающие проблемы, а не отрицать или избегать их; веру в себя; поддержание активности; приобретение навыков самообслуживания; умение заботиться о себе; заниматься любимыми видами деятельности; умение налаживать связи с другими людьми, в том числе с врачами, медсестрами, в семье, с другими людьми, имеющими проблемы с психическим здоровьем. Многие участники при этом отметили важность самопомощи и поддержки, соблюдения лечебного режима, умения управлять лекарственной терапией, приобретения новых профессиональных навыков.

Доказано, что в рамках действующей модели наиболее полно удовлетворяются потребности пользователей психиатрической помощи в информации, психосоциальном и психотерапевтическом лечении, досуге, социальных контактах (по Camberwill Assessment of Needs, CAN 2.0, Phelanetal., 1995). Так, в общей структуре потребностей удовлетворенные нужды пользователей помощи в рамках разработанной модели, составляли 91%, а неудовлетворенные – 9%, в то время как у пациентов ПНД в структуре потребностей удовлетворенные потребности составляли 57%, а неудовлетворенные – 43% [1].

Развитию самостоятельности, независимости, повышению самооценки способствует передача членам организации таких полномочий, как участие в работе Общественного совета при главном психиатре Минздрава РФ, организация досуговой деятельности (организация совместных чаепитий, проведение вечеров отдыха, дежурства и др.), непосредственное проведение ряда программ (культурно-просветительские, группы встреч), волонтерская деятельность в психиатрических больницах (организация экскурсий для пациентов в психиатрических учреждениях, досуговые программы, посещение друзей при госпитализации, осуществление посильного ухода за госпитализированными пациентами, участие в работе Общественных советов психиатрических учреждений).

Необходимо подчеркнуть, что с самого начала работы общественной организации «Семья и психическое здоровье» была создана организованная и четко структурированная полипрофессиональная бригада, в состав которой входили: врачи-психиатры, психологи, психотерапевты, научные сотрудники медицинского профиля, медицинские сестры, социальные и музыкальные работники, арт-терапевты, танцевально-двигательные терапевты, инструкторы по ЛФК и др.

В понимании профессиональных членов организации команда представляет собой не просто совокупность специалистов разного профиля, а определенный стиль их взаимодействия между собой и с участниками реабилитационных программ. Каждый из членов бригады формулирует свою задачу, соотносимую с задачами других специалистов. Проводится групповое обсуждение потребностей больного, целей и задач каждого специалиста, а при последующих обсуждениях сообщается о достигнутых результатах, ведущих к достижению общей цели.

Для снижения эмоционального выгорания и профессионального бремени персонала, повышения его квалификации, развития командных форм работы в организации «Семья и психическое здоровье» внедрены следующие групповые психологические формы поддержки специалистов: ежемесячные собрания всех членов организации, еженедельные совещания команды специалистов, групп-аналитические супервизии практической деятельности и работы в команде, программы по освоению новых видов психосоциальных вмешательств.

Ежемесячные собрания сообщества являются краеугольным камнем сообщества. Эти встречи дают возможность, как сотрудникам, так и пользователям помощи открыто обсудить все, что происходит в организации, рассказать о том, в какой поддержке или помощи они нуждаются и проч. На этих собраниях пользователи помощи учатся решать возникающие в организации проблемы, принимать ответственность за их выполнение. Присутствующие на собрании члены сообщества получают информацию о предстоящих мероприятиях, принимают участие в их обсуждении, составляют протокол собрания, назначают ответственных за выполнение мероприятий, определяют даты контроля выполнения поручений.

Еженедельные совещания специалистов дают возможность сотрудникам организации обсудить профессиональные вопросы, которые не могут быть достоянием широкого сообщества и принять по ним решения, а также получить поддержку коллег, если она необходима.

Групп-аналитическая супервизия – это форма помощи, в которой могут быть проработаны вопросы, проблемы и конфликты персонала, возникающие в ходе профессиональной деятельности. Цель групп-аналитической супервизии состоит в том, чтобы, используя процессы рефлексии, помочь специалистам выработать эффективные стратегии решения рабочих задач, повысить их квалификацию, способствовать росту удовлетворенности профессиональной деятельностью. Результатом

рефлексивного анализа становится понимание неосознаваемых ранее чувств, идей и связей, лежащих в основе проблемных рабочих ситуаций отдельных специалистов или коллектива.

Тренинг по снижению профессионального бремени и повышению стрессоустойчивости направлен на овладение навыками самовосстановления и саморегуляции для повышения стрессоустойчивости к профессиональным трудностям, снижения бремени при оказании помощи психически больным. Тренинг построен на интегративном подходе, в котором применяются методики когнитивно-поведенческой, телесно-ориентированной психотерапии и арттерапии. Используются различные приемы работы: диагностические процедуры, психогимнастические упражнения, психологические игры, групповые дискуссии, домашние задания. Тренинг предназначен для всех групп персонала (психиатры, психологи, средний медицинский персонал и проч.).

Указанные формы помощи обеспечивают комплексный подход для наиболее полного удовлетворения потребностей персонала в профессиональном росте, повышении квалификации, будущей интеграции и согласованности при командной работе, будущем понимании проблем и чувств пациентов, приобретении опыта совладания с психотравмирующими профессиональными ситуациями [4]. Было установлено, что специалисты полипрофессиональной команды, работающей в РБОО «Семья и психическое здоровье», в меньшей мере подвержены негативным влияниям работы с психически больными людьми.

Выводы. Общественные объединения, работающие в сфере психического здоровья, представляют собой новое важное звено в общей системе психиатрической помощи, способное оказывать многие виды помощи и поддержки. Вместе с тем, для обеспечения стабильной и эффективной деятельности таких объединений необходима поддержка со стороны государства, властных структур и официальной психиатрии, а также признание общественных организаций в качестве посреднической структуры между государством и обществом.

Неправительственные организации способны формулировать цели, разрабатывать программу действий, мобилизовывать пользователей помощи, являющихся их важным ресурсом.

При более благоприятных социально-экономических условиях, поддержке государства, местных сообществ и общества в целом, общественное движение в психиатрии может преобразоваться во влиятельную структуру, способную активно и эффективно участвовать в обеспечении достойной жизни лиц, имеющих проблемы с психическим здоровьем, и их семей.

Литература:

1. Акимкина Е.С. Удовлетворение потребностей психически больных – основа адекватного планирования психиатрической помощи // *Российский психиатрический журнал*. – 2010. – № 5. – С. 41-43.
2. Лиманкин О.В. Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические аспекты): автореф. дис. ... д. мед.наук: 14.01.06 // М., 2016. – 48 с.
3. Лиманкин О.В. Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи. Аналитический обзор. – СПб.: Таро, 2015. – 228 с.
4. Организация психологической помощи специалистам психиатрических учреждений: Методические рекомендации / Т.А. Солохина, В.С. Ястребов, Л.С. Шевченко, А.И. Цапенко **др.** – М.: МАКС Пресс, 2012. – 32 с.
5. Солохина Т.А., Ястребов В.С. Сила общественного движения // *Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск II*. / Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Таро, 2014. – С. 9-16.
6. Солохина Т.А., Тюменкова Г.В. Потребности родственников психически больных // *Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск II*. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Таро, 2014. – С. 45-51.
7. Солохина Т.А. Общественная организация «Семья и психическое здоровье»: листовая страницы истории // *Психиатрия*. – 2012. – №4. – С. 36-41.
8. Халий И.А. Современные общественные движения. Инновационный потенциал российских преобразований в традиционалистской среде. – М.: Институт социологии РАН, 2007. – 298 с.
9. Ястребов В.С. Общественный Совет в российской психиатрии // *Актуальные проблемы клинической, социальной и биологической психиатрии и наркологии. Мат. научно-практ. конф.* – Ростов-на-Дону, 2006. – С. 337.
10. Ястребов В.С., Зозуля Т.В., Вещугина Т.С., Сосновский А.Ю., Беседина Л.В. Общественные движения в психиатрии. Мат. межд. конф. «Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы» (Москва, 21-22 октября 1997 г.). – Москва, 1997. – С.195-209.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРУКТУРЫ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ НА КОМПЛАЙЕНС У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Медикаментозный некомплайенс является серьезным препятствием в достижении успешных результатов лечения у больных, страдающих психическими расстройствами [5]. Считается, что на протяжении курса лечения, рекомендованного врачом, примерно 60% пациентов так или иначе нарушают режим приема лекарств, что приводит к снижению возможности контроля над симптомами, увеличению числа обострений, регоспитализаций и суицидных попыток [6, 9].

При этом известно, что нарушения режима приема лекарств имеют самые разные причины, которые оказывают влияние в большей или меньшей степени. Проведенные исследования факторов, предопределяющих включенность психиатрического больного в лечебный процесс, позволили выделить несколько основных групп. При этом часть факторов статична и трудно поддается изменениям, в то время как другая – более динамична и подвержена влияниям интервенций, направленных на улучшение включенности больного в процесс лечения. Одним из таких динамичных факторов является мотивация больного к лечению [3, 8].

Мотивация к лечению определяется как вероятность того, что «...индивид вступит в процесс, продолжит его и будет придерживаться определенной стратегии, направленной на изменения» [7]. В последнее время все больший интерес уделяется вопросам мотивации к лечению среди больных психозами, поскольку показано, что именно этот фактор оказывает влияние на результаты лечения [10]. Однако, среди больных с эндогенными психическими расстройствами, а в особенности, страдающих шизофренией, отмечается низкая мотивация к лечению [4]. В результате, эти больные демонстрируют меньшее желание следовать предписаниям врача и принимать лекарства, включаться в различные лечебные программы и мероприятия, а также получать пользу от лечения. Таким образом, низкая мотивация к лечению является общей проблемой, как для врачей, так и для самих пациентов. В результате, становится важным установить влияние мотивации к лечению на показатели медикаментозного комплайенса, что и стало целью данного исследования.

Материал и методы.

Обследованы 136 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами СПб НИПНИ им. Бехтерева. Среди них: больных расстройствами шизофренического спектра – 79% (F2 по МКБ – 10), аффективными расстройствами – 13% (F3) невротическими, расстройствами личности – 5% (F4, F6), органическими заболеваниями – 3% (F0). Средний возраст больных составил 34,5 года. Средняя продолжительность заболевания – 9 лет. Среднее количество госпитализаций за период заболевания – 5. У участников исследования собирались краткие анамнестические сведения. Пациенты заполняли опросник оценки уровня мотивации к лечению [2]. Опросник базируется на разработанный в отделении шкале мотивации больного к психофармакотерапии. В нём, в соответствии с динамикой интенсивности, выделены 6 уровней мотивации к лечению: 1 – мотивация отсутствует, формальное согласие получать лечение, 2 – мотивация преимущественно внешняя, определяемая давлением близкого окружения больного, 3 – формирование собственной мотивации к лечению, фундированной субъективным страданием от заболевания, 4 – устойчивая внутренняя мотивация к лечению, осознанное обращение за психиатрической помощью, 5 – мотивация, основанная на правильной внутренней картине болезни и понимании необходимости собственного участия в оптимизации социального приспособления наряду с проведением психофармакотерапии, 6 – стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии. Динамическая последовательность уровней мотивации отражает выраженность ведущих мотивационных паттернов и делает инструмент чувствительным к не только количественным, но и качественным изменениям направлению – от внешней к внутренней мотивации к лечению. Опросник содержит 20 утверждений, описывающих приведённые уровни мотивации к лечению и шкалу Ликерта для оценки значимости каждого из пунктов и их общей суммы. В проведённых нами иссле-

дованиях он демонстрировал хорошие психометрические свойства (α Кронбаха 0,869).

В качестве инструмента объективации клинико-динамических характеристик лечебного процесса применялась шкала медикаментозного комплайенса, заполняемая лечащими врачами (ШМК) [1]. Она позволяет провести оценку приверженности лечению больного в 4 подсистемах: отношение к медикации, связанных с пациентом, окружением больного и с врачом. Статистическая обработка проводилась с использованием корреляционного анализа (Спирмена). Параметры распределения оценивались с помощью теста Колмогорова-Смирнова.

Результаты и обсуждение.

Корреляционный анализ позволил выявить достоверные корреляционные связи между показателями ШМК и структурой мотивации.

Установлена положительная взаимосвязь между уровнем мотивации к лечению с общим показателем медикаментозного комплайенса, то есть по мере нарастания внутренней мотивации к лечению (3 уровень) у больного возрастает комплайентное поведение (Correl. coef.=0,261; $p<0,05$). Причем, это происходит в основном за счет подсистем, отражающих качество терапевтического альянса (субшкала «факторы, связанные с врачом» Correl. coef.=0,183; $p<0,05$) и отношения пациента к медикации (субшкала «отношение к медикации» Correl. coef.=0,272; $p<0,05$). При этом обнаружено, что внешняя мотивация к лечению (2 уровень) имеет отрицательную корреляцию с подсистемой ШМК, связанной с пациентом (Correl. coef.=-0,180; $p<0,05$), что свидетельствует о том, что обеспечение мотивации к лечению становится обязанностью родственников, поскольку эта группа больных имеет выраженные нарушения.

Дальнейшее исследование корреляций между отдельными пунктами ШМК и различными уровнями мотивации к лечению позволили детализировать портрет больного.

Примечательно, что для пациентов демонстрирующих отсутствие мотивации к лечению не обнаружены какие-либо достоверные корреляты с пунктами ШМК, что можно объяснить тем, здесь амотивация в большей степени является психологическим конструктом, не зависящим от морбидных характеристик пациентов.

Полученные результаты демонстрируют, что для больных, у которых преобладает высокий уровень внешней мотивации к лечению (2 уровень), свойственны высокий уровень как продуктивной, так и негативной симптоматики (п. 2.2 Correl. coef.=-0,23 и п. 2.3 Correl. coef.=-0,20; при $p<0,05$), низкий уровень глобального функционирования (п. 2.7 Correl. coef.=-0,17; $p<0,05$), а также негативное отношение к принимаемым препаратам, как ранее, так и настоящее время (п. 1.6 Correl. coef.=-0,19 и п. 1.7 Correl. coef.=-0,20; $p<0,05$).

Интроецирование внешней мотивации, сопровождаемое формированием внутренней мотивации (3 уровень), коррелирует с важнейшей составляющей лечебного процесса – качественным терапевтическим альянсом (п.

4.1 Correl. coef.=0,20; $p<0,05$) и заинтересованностью в приеме лекарств (п. 1.2 Correl. coef.=0,17), отсутствием нарушений режима приема лекарств в анамнезе (п. 1.5 Correl. coef.=0,21; $p<0,05$) и высокой оценкой эффективности принимаемых препаратов (п. 1.7 Correl. coef.=0,21 и п.1.8 Correl. coef.=0,19; $p<0,05$).

Дальнейшее углубление внутренней мотивации к лечению (уровень 4) коррелирует с отсутствием опасений, связанных с побочным действием психотропных препаратов (п. 1.3 Correl. coef.=0,19; $p<0,05$).

В тоже время препятствием к достижению мотивации, основанной на правильной внутренней картине болезни и собственного участия (уровень 5) может стать высокий уровень рецидивирования заболевания (п. 2.4 Correl. coef.=-0,21; $p<0,05$), а для поддержания стабильной мотивации к длительной фармако-психотерапии (уровень 6) важным становится отношение к лечебному процессу близкого окружения больного (п. 3.2 Correl. coef.=0,18; $p<0,05$).

Выводы.

Структура мотивации к лечению у психически больных находится в значительной зависимости от клинико-психологических параметров пациентов и специфическим образом влияет на медикаментозный комплайенс.

Наличие внутренней мотивации и ее укрепление связано с повышением общего уровня комплайенса, а также усилением показателей отдельных подсистем, оказывающих значительное влияние на его формирование: в частности отношение больного к медикации и терапевтический альянс. Причем, по мере укрепления внутренней мотивации несколько меняются акценты, связанные с комплайентностью: снижаются опасения относительно действия лекарств и повышается значимость адекватного отношения близкого окружения к усилиям больного, направленных на участие в лечебном процессе. В тоже время, неблагоприятный характер течения заболевания может стать препятствием для длительного сохранения внутренней мотивации к лечению.

Установлено, что для больных, имеющих выраженные морбидные проявления и снижение уровня функционирования свойственно отсутствие внутренней мотивации к лечению и здесь повышается значимость включенности родственников, являющихся «внешними мотиваторами», которые помогают поддерживать соблюдение режима приема лекарств.

Литература:

1. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. *Комплайенс в психиатрии и способ его оценки. Психиатрия и психофармакотерапия. 2008, №1. С. 8-13.*
2. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю. *Особенности мотивации к лечению пациентов психиатрического стационара. Вестник психотерапии. 2014, №51(56). С. 68-79*
3. Centorrino F., Herman M.A., Drago-Ferrante G., et al. *Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits. Psychiatry Serv. 2001; 52(3): 378-380.*

4. Choi J., Medalia A. *Intrinsic motivation and learning in a schizophrenia spectrum sample. Schizopr Res 2011; 118(1-3): 12-19*

5. Gray R., Leese M., Bindman J., et al. *Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicenter randomized trial. Br. J. Psychiatry. 2006; 189(6): 508-514.*

6. Llorca P.M., *Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcome. Psychiatry Res 2008; 162(8): 238-247*

7. Miller W.R., Rollnick S. *Motivation interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press. 1991: 1-300.*

8. Mulder CL, Koopmans GT, Hengeveld MW. *Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2005; Volume 40, Number 6, 484-488.*

9. Weiden P.J., Kozma C., Grogg A., Locklear J. *Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 2004; 55(8): 886-891*

10. Yamada A.M., Lee K.K., Dinh T.Q., Barrio C., Brekke J.S. *Intrinsic motivation as a mediator of relationships between symptoms and functioning among individuals with schizophrenia spectrum disorders in a diverse urban community. J NervMent Dis. 2010; 198(1): 28-34.*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ УБИЙСТВО РОДИТЕЛЕЙ

Станкевич А.А., Старых М.В.

*Психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением
Санкт-Петербург*

Среди лиц, совершивших тяжкие особо-опасные деяния и признанных судом невменяемыми, отдельную категорию составляют больные, убившие своих родителей.

Значение родителей в жизни индивидуума сложно переоценить: давшие жизнь, кров, заботу, воспитание... непоколебимое понятие «кровные узы», наконец. Что должно произойти с человеком, способным пойти на подобное, противоречащее всем нормам морали, деяние? Еще А.Д. Зурабашвили в своем труде «К проблеме патогенеза шизофрении» подчеркивал, что даже при полном руинировании интеллекта отмечаются «активные следы специфически человеческого качества-представления о морали, добре и зле». Эта цитата подчеркивает, что социальная направленность личности может сохраняться достаточно долго, несмотря на болезнь и, вместе с тем, подвергаться воздействию болезни.

Нами были проанализированы 30 пациентов мужского пола, находящихся на принудительном лечении в Санкт-Петербургской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением, совершившие убийство одного, либо обоих родителей,

признанные судом невменяемыми в отношении совершенного общественно-опасного деяния (ООД).

Были получены следующие результаты. 28 пациентов из 30 имеют расстройство шизофренического спектра: 25 из них страдают параноидной шизофренией, у 1 больного диагностирована кататоническая форма расстройства, у 1 – простая шизофрения, один больной обнаруживает шизотипическое расстройство. 24 пациента имеют коморбидную патологию в виде психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ (преимущественно, синдром зависимости либо употребление с вредными последствиями). Треть больных в момент совершения ООД находилась в состоянии экзогенной интоксикации. 24 пациента ранее попадали в поле зрения психиатра, однако, никто из них не получал психотерапии на момент деликта. 16 пациентов при совершении убийства находились в остром психотическом состоянии, остальные больные совершили опасные действия по негативно-личностному механизму. У двух третей пациентов имела место отягощенная наследственность (алкоголизм родителей, психические заболевания и суицидальные попытки у близких родственников). Треть пациентов росла в условиях гипопеки. Большинство больных составляли лица молодого возраста: 23 пациента – в возрасте до 40 лет, 16 из них – в возрасте от 20 до 30 лет. Более половины исследуемых не получили никакой специальности, 13 человек не окончили и средней школы. Только двое больных в период совершения ООД имели работу, остальные пациенты находились на иждивении своих родителей. Треть пациентов уже имели инвалидность в связи с психическим расстройством. 23 человека никогда не состояли в браке, 5 больных к моменту деликта были разведены. 28 больных в период совершения ООД проживали со своими жертвами. В период нахождения в стационаре, около половины больных не смогли восстановить родственные связи с оставшимися близкими. 10% исследуемых на данный момент обнаруживали психотическую симптоматику, такое же число пациентов имели выраженные признаки эмоционально-волевого дефекта; 27 пациентов имели характерные нарушения мышления по шизофреническому типу. У 25 больных при обследовании выявлялись повышенный уровень тревоги и мнительности. У подавляющего большинства больных наблюдался положительный отклик на применяемую психотерапию.

Исходя из полученных данных, был составлен клинико-социальный портрет интересующей нас категории больных. Преимущественно, это молодые люди; дезадаптированные социально; в подавляющем большинстве, не имеющие никакой профессии; одинокие; воспитанные в неблагоприятной семейной обстановке; находящиеся в момент деликта на иждивении родителей; не имеющие моральной поддержки со стороны оставшихся родных. Для них свойственны повышенная тревожность и мнительность. Мышление данных больных изменено по шизофреническому типу, однако, эти пациенты не

достигли значительного эмоционально-волевого дефекта. Их отличает наличие коморбидной патологии в виде зависимостей от употребления психоактивных веществ. Не получавшие ранее систематической психотерапии, они имеют хороший отклик на лечение. Ввиду тяжести совершенного деяния и выраженности психического расстройства, данная категория пациентов нацелена на длительное пребывание в стационаре.

С учетом относительно молодого возраста, дезактуализации психотической симптоматики, незначительно выраженной дефицитарной симптоматики, сохранного интеллекта, возможностей применения долгосрочных методов психотерапии, следует сделать вывод о том, что пациенты этой группы обладают достаточно высоким реабилитационным потенциалом. В реабилитационной работе был использован комплексный подход, учитывающий разнообразные потребности пациентов (в информации, психотерапии, выработке необходимых навыков) и сочетающий дидактический метод (психообразование) с интерактивными психотерапевтическими техниками. Важным фактором является создание спокойной и стабильной терапевтической среды.

Психообразовательные занятия способствуют формированию правильного представления о заболевании, важности соблюдения лекарственного режима, освоению навыков по отслеживанию рецидива болезни, совладания с болезнью, дестигматизации. Программа занятий включает информацию о заболевании, принципах и видах лечения, стратегии преодоления болезни, внешних ресурсах поддержки.

С целью стимулирования эмоциональности, социальной активации, улучшения коммуникативных навыков проводятся арт-терапевтические занятия с применением системного клинического подхода, что позволяет воздействовать на разные уровни биопсихосоциальной организации личности пациента. Воздействие на биологический уровень связано, преимущественно, с психофизиологическими эффектами изобразительного творчества, его влиянием на сенсорные процессы, общее физическое состояние пациента. Воздействие на психологическом уровне связано с влиянием на познавательную, эмоциональную и поведенческую сферы личности. Воздействие на социокультурном уровне оказывает влияние на «я»-концепцию пациента, его коммуникативные навыки, моральные ценности и нормы, социальные роли, микро- и макросоциальные отношения.

Важным этапом реабилитационной программы является тренинг социальных навыков. Для пациентов этой группы характерны дефицит внимания, низкая эмоциональная компетентность, затруднения в вербализации своих чувств и мыслей, повышенная чувствительность к критике со стороны других людей, особенно в семье, поэтому у них особенно часто отмечается дефицит социальной поддержки, несмотря на высокую потребность в ней. Это повышает вероятность возникновения эмоционального стресса и декомпенсации психического состояния. Целью тренинга является

снятие коммуникативной напряженности, улучшение качества межличностного взаимодействия, приобретение навыков социально приемлемого поведения в семье и обществе, повышение стрессоустойчивости к обычным социальным стимулам.

Учитывая, что большинство пациентов этой группы склонны к злоупотреблению психоактивными веществами, им предоставлена возможность посещать собрания групп «Анонимных Алкоголиков» и «Анонимных Наркоманов», что способствует формированию установки на трезвый образ жизни.

Пациенты, не получившие полноценного образования, во время нахождения в нашей больнице имеют возможность окончить среднюю школу, овладеть специальностью, обучаясь дистанционно, что повышает их способность к ресоциализации.

Большое значение имеет восстановление и поддержание внутрисемейных отношений. Пациенты имеют возможность поддерживать переписку с родственниками, общаться с ними по телефону и лично во время посещений. Врачи проводят собеседования с родственниками пациентов для обеспечения их информацией относительно течения, исхода, симптоматологии, эффективного управления заболеванием. Обеспечение родственников больного информацией приводит к улучшению понимания членами семьи болезни и усилению их эмоциональной толерантности к больному. В результате, происходит снижение конфликтов между членами семьи, которые приобретают более адекватные представления о возможностях пациента и оказываются способными к более правильному реагированию на его поведение. Таким образом, эмоциональная напряженность в отношениях с родственниками снижается.

Применение комплексного подхода к реабилитации пациентов этой группы позволяет значительно снизить степень их социальной опасности, что является целью принудительного лечения.

Литература:

1. Зурабашвили А.Д. К проблеме патогенеза шизофрении / Вопросы психоневрологии. – Баку, 1982. – Вып. 9. – С. 31-34.
2. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии – М., 1977. – 168 с.
3. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские и диагностические критерии. ВОЗ, Женева, 1996. 208 с.
4. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др. – М., 2009.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов. Изд. 2-е, перераб. – СПб.: Питер, 2002. – 672 с.
6. Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией: методические рекомендации / Т.А. Солохина и др. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 32 с.

7. Копытин А.И. Социальная и клиническая арт-терапия // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – N 2 (2). [Электронный ресурс] URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 08.07.2015).

8. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: методические рекомендации / В.С. Ястребов и др. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 44 с.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА И НАВЯЗЧИВОСТЕЙ СУБКЛИНИЧЕСКОГО УРОВНЯ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Стрельник С.Н., Скрябина К.В., Лисина А.А.

*Самарский государственный медицинский университет
Самара*

В общей психопатологии существует интригующая проблема разграничения клинических симптомов и схожих с ними феноменов субклинического уровня. Определения, данные навязчивым клиническим феноменам в основных учебниках и руководствах для врачей по психиатрии [2] не позволяют феноменологически разграничить эти две группы психических явлений. Разграничение этих клинических и субклинических феноменов становится возможным лишь при применении методологически выверенного клиничко-психопатологического исследования с учетом всей полноты клинических проявлений, что отражается в ряде описаний навязчивостей у отдельных авторов [1], но оставляет открытым вопрос о феноменологической специфичности патологических (клинических) и условно не-патологических (субклинических) навязчивостей. Также отчасти позволяют разграничить обсуждаемые феномены разработанные формализованные шкалы для диагностики obsessions и compulsions, в частности, шкала Йеля-Брауна [3], однако и с использованием формализованных критериев могут быть выделены случаи, основным отличием которых от

бесспорных клинических навязчивостей является отсутствие значимой интрапсихической (отсутствие дискомфорта), а также межличностной либо иной дезадаптации индивида (отсутствие нарушений жизнедеятельности), несмотря на существенную субъективную выраженность и значимость и осознание определенной избыточности и иррациональности навязчивых психических феноменов. Отчасти с обозначенной проблемой связана и противоречивость сведений о распространенности некоторых психических расстройств, например обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Степень тяжести диагностируемых обсессивно-компульсивных нарушений сильно варьирует в каждом конкретном клиническом случае, предполагая наличие минимально выраженной степени расстройств. При этом при первом врачебном осмотре только в одном из 13 новых случаев у детей и подростков и одном среди 23 взрослых степень ОКР по шкале Йеля-Брауна в исследовании CNCG study была тяжелой, при этом 31% случаев диагностированы как «сомнительные» [4].

Целью исследования являлось провести сравнение клиничко-феноменологических и социально-психологических характеристик у пациентов с установленным диагнозом обсессивно-компульсивного расстройства и у здоровых людей с навязчивостями субклинического уровня. Задачами исследования стали: 1) выявление особенностей навязчивостей у пациентов с диагнозом ОКР и навязчивых феноменов в группе здоровых с последующим сравнительным анализом результатов; 2) установление и сравнительный анализ личностных и характерологических особенностей людей с ОКР и здоровой группы исследуемых; 3) выявление влияния социально-психологических факторов на реализацию навязчивых проявлений при ОКР и у здоровых лиц.

Материалом исследования послужили результаты изучения 3 групп исследуемых. 1 группа – психически здоровые лица (100 человек, из них 58 женщин, 42 мужчины, в возрасте от 18 до 26 лет). 2 группа – психически здоровые лица, выделенные из первой группы по результатам анкетирования и дополнительного феноменологического и клиничко-психологического анализа (8 человек) и имеющие навязчивые проявления субклинического уровня. 3 группа – пациенты психоневрологического диспансера с диагнозом ОКР – 11 человек, в возрасте от 17 до 25 лет, из них с диагнозом: ОКР (5 человек); шизоидное расстройство личности, ОКР (2 человека); генерализованное тревожное расстройство, ОКР (1 человек); расстройство адаптации, ОКР (1 человек); шизотипическое расстройство, ОКР (2 человека).

Методы исследования: 1) клиничко-психопатологический и феноменологический анализ в группах исследования; 2) анкетирование с помощью созданной в рамках исследования оригинальной анкеты, в основу которой были положены вопросы из теста ММРП и клиничко-опросника К.К. Яхина – Д.М. Менделевича, а также вопросы, проясняющие обращаемость к специалистам и субъективную оценку уровня тревоги и навязчивых про-

явлений; 3) исследования с помощью клинико-психологических шкал: шкала тревоги Гамильтона, опросника Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина; 4) тест Шмишека на акцентуацию характера; 5) тест IQ Айзенка.

В результате исследования обнаружено, что наиболее часто (с частотой более 10% в исследованной группе 1) в группе здоровых лиц встречается следующее содержание навязчивых феноменов: долгие колебания при принятии решений (34%), волнение о том, закрыта ли дверь, выключен ли газ или утюг после выхода из дома (24%), совершение машинальных ненужных действий (потирание рук, поправление одежды, приглаживание волос) (21%), беспричинное волнение из-за того, что в действительности не имеет значения (20%), тревожные мысли о возможности заразиться какой-либо болезнью (19%), навязчивые воспоминания (18%), осторожное перешагивание через трещины в тротуаре во время ходьбы (17%), постоянно возвращающиеся навязчивые мысли (мелодия, стихотворение, сомнение) от которых сложно избавиться (12%), запоминание ненужных номеров (например, номеров автомобилей) (11%). При анкетировании здоровых лиц был обнаружен «парадоксальный вариант ответа» у 3% испытуемых, которые утверждали, что их ничего не беспокоит, в то время как имеются субъективно выраженные навязчивые и/или общеневротические проявления.

У пациентов с ОКР наиболее часто встречалась следующая тематика obsessions: страх заражения или загрязнения; страх причинения вреда себе или другим; сексуально откровенные, кощунственные или жестокие мысли и образы; религиозные или нравственные идеи; сохранение порядка и симметрии: идея, что всё должно быть выстроено «правильно»; суеверия, чрезмерное внимание к чему-то, что рассматривается как везение или невезение. Компulsive действия или ритуалы встречались в 91% случаев и представляли собой повторяющиеся стереотипные поступки, смысл которых заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий, чаще всего связанных с неблагоприятием близких людей и членов семьи.

Показатели степени субъективной дезадаптации и выраженности тревоги и навязчивых проявлений, по результатам анкетирования с использованием аналоговой 10-бальной шкалы, в группах субклинических навязчивостей и у пациентов с ОКР в целом сопоставимы и составили: у 2-й группы – в среднем 4,6 балла, у 3-й группы – в среднем 5,6 балла. При этом сравнительный анализ результатов применения методик, выявляющих объективную выраженность тревоги в группах исследуемых (шкала тревоги Гамильтона), показал, что степень ситуативной и личностной тревожности в группе больных с ОКР существенно выше, чем у здоровых людей с навязчивостями субклинического уровня. Это коррелирует с отсутствием у здоровых исследуемых признаков тревожных и депрессивных нарушений и их наличием у больных с ОКР.

66% лиц с субклиническими навязчивостями никогда не испытывали нужды в помощи специалистов и за помощью никогда не обращались, 22% – беспокоили навязчивые и/или общеневротические проявления, но они не обращались к специалистам по различным причинам, среди которых чаще всего назывались отсутствие времени, чувство «стыда», чувство тревоги перед визитом к специалисту. К специалистам по поводу общеневротических проявлений (но не по поводу называемых навязчивостей) обращались 12% лиц, 2% из которых обращались к психологу, 6% к неврологу, 2% к двум специалистам – к психологу и неврологу, 1% к психиатру, 1% к экстрасенсу.

Выводы.

1. Феноменологически выявляются существенные отличия между тематикой obsessions и компульсий при obsessивно-компульсивном расстройстве и навязчивых феноменов субклинического уровня у здоровых лиц.

2. У пациентов с obsessивно-компульсивным расстройством можно отметить количественно меньшее в каждом конкретном клиническом случае число навязчивых и общеневротических проявлений, чем в группе здоровых испытуемых с субклиническими навязчивостями, что, тем не менее, сопровождается качественно иным существенно более тяжелым клиническим состоянием с выраженной интрапсихической и социальной дезадаптацией.

3. Наличие у пациентов психоневрологического диспансера специфических, более конкретных obsessions и компульсий в отличие от группы психически здоровых лиц с субклиническими навязчивостями, в которой у 17% лиц было выявлено 5 и более навязчивых феноменов, что позволяет предварительно предположить, что субклинические и клинические навязчивости отличаются как «качественно», так и «количественно», но не в традиционном понимании «количественных» клинических феноменов невротического (пограничного) уровня психических расстройств.

4. Группа психически здоровых с навязчивостями субклинического уровня и группа пациентов с диагнозом obsessивно-компульсивного расстройства отличаются личностными и характерологическими особенностями; у пациентов с ОКР превалирует психастенический тип личности, который имеет одной из своих составляющих педантичные черты характера; у группы психически здоровых лиц данный тип характера в исследовании не выявлен.

5. Сравнительный анализ исследованных групп выявил, что показатели тревожности в группе больных с obsessивно-компульсивным расстройством существенно выше чем у здоровых людей с навязчивостями субклинического уровня, что коррелирует с отсутствием у здоровых исследуемых признаков тревожных и депрессивных нарушений и их наличием у больных с obsessивно-компульсивным расстройством.

Литература:

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. В 2-х тт. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – Т.2 – С.3-6.
2. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии в 2-х тт. – М. Медицина, 1999. – С. 31-32 с.
3. Federici A., Summerfeldt L.J. et al. Consistency between self-report and clinician-administered versions of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale // *Journal of Anxiety Disorders*. — 2010, May 24. — Vol. 24, N7. — P. 729—33.
4. Fireman B., Koran L.M., Leventhal J.L., Jacobson A. The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization // *The American Journal of Psychiatry*. — 2001. — Vol. 158, no. 11. — P. 1904—1910.

**СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ
И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Федоров Я.О.

*Городской психоневрологический диспансер со стационаром №7
Восточно-Европейский Институт Психоанализа
Санкт-Петербург*

Актуальность проблемы практического внедрения психотерапевтической помощи в психиатрическую службу обусловлена минимум тремя векторами причин. Во-первых, это нормативные акты, регламентирующие работу психиатрических учреждений. Приказ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» от 17.05.2012 N 566н прямо указывает на удельный вес психореабилитации – 9 из 29 регламентированных подразделений с ней напрямую связаны. Во-вторых, современный пациент заинтересован в улучшении качества жизни и своих отношений в семье и социуме, чего невозможно достичь одной психофармакологией. Конечно, купирование актуальных симптомов остается важной задачей психиатрической помощи, однако если у врача есть время на неспешную беседу, то нетрудно обнаружить, что социальные аспекты интересуют пациента больше психопатологических. И, в-третьих, сами специалисты заинтересованы в работающих концепциях, понятных теориях и эффективных техниках. Вопрос только в том, что таких подходов не так уж и много – как и образовательных учреждений, где можно получить хороший профессиональный тренинг.

Одним из таких подходов, по мнению автора, является современный психоанализ Хаймона Спотница [2]. Правда, слово «современный» не совсем точно отражает хронологическую суть, т.к. этой теории уже около 70 лет. Чтобы избежать терминологической путаницы, которая нередко сопровождает психоанализ (обычно не по вине сторонников Фрейда), позволю определить некоторые основополагающие моменты. Когда говорят о психоанализе, то довольно часто делают акцент на бессознательном, сексуальности в раннем возрасте, инсайте и других не самых важных аспектах. Однако из поля зрения выпадают два важнейших элемента, которые отличают психоанализ от всех других направлений психотерапии: перенос и сопротивление.

Перенос можно определить как процесс, обычно бессознательный, приписывания личности аналитика образов из детства пациента. Фиксация на образах раннего детства связана с травматическим опытом эдипального периода (3-5 лет), который является необходимым этапом развития объектных отношений. Если период раннего развития прошел успешно, то пациент транслирует на аналитика образы четко выделенных объектов, конкретных людей из детства. Такой перенос мы называем объектным, а такого пациента – эдипальным. Если младенец столкнулся с фрустрациями и травмами первых трех лет жизни, то произойдет фиксация на этом периоде. Вероятность развития психических нарушений в будущем у таких детей будет выше. Образы окружающих людей этого времени будут фрагментированными и нечеткими, т.к. эмоционально-когнитивная сфера еще не созрела. Именно эти образы пациент будет переносить на аналитика. Такой перенос называется нарциссическим, а пациент – доэдипальным.

Под сопротивлением в узком смысле понимаются процессы, не дающие пациенту продуцировать материал из бессознательного [8]. Сопротивление связано с защитными механизмами эго, которые активизируются в процессе психоанализа. Вначале психоаналитики относились к сопротивлению как к некоторой помехе, которая не позволяет пациенту свободно ассоциировать. Позднее, под сопротивлением стала признаваться коммуникативная функция, показывающая особенности взаимодействия пациента с объектами, в том числе в доэдипальный период. В широком смысле, сопротивление – это тенденция противостоять благоприятным изменениям в терапии как внутри пациента, так и вне его, то есть все препятствия на пути к личностному созреванию [9].

Почему классический психоанализ хорошо работает с эдипальными пациентами, или другими словами с довольно здоровыми людьми с невротическим уровнем расстройств, и плохо работает с доэдипальными пациентами с пограничным и психотическим уровнем нарушений? Ответ на этот вопрос, как и многое в психоанализе, лежит в плоскости переноса и сопротивления.

Итак, «невротик» пришел к аналитику. У пациента есть определенный круг симптомов (в широком смысле – психических, соматических, социальных), от которых

от страдает и от которых хочет избавиться. Пациент заинтересован в работе с аналитиком, как правило, выбирает себе специалиста по позитивным отзывам, да и о сути метода он нередко осведомлен. То есть «невротик» приходит в анализ с уже довольно большой мотивацией и позитивным отношением к специалисту. Такое отношение к психоаналитику называется положительным переносом. Аналитик использует основные техники классического психоанализа – свободные ассоциации и интерпретацию. Пациент использует привычные механизмы защиты (в анализе они принимают форму сопротивлений), чтобы избежать эмоционально неприятных переживаний в ходе осознания внутренних конфликтов. Сопротивления преодолеваются за счет интерпретаций, раскрывающих бессознательный смысл симптомов. Имея положительный перенос на аналитика, пациент склонен доверять интерпретациям. Фрейд прямо указывал, что они имеют суггестивный механизм действия – для этого и необходим позитивный перенос. Если интерпретация особенно удачная, то она может сопровождаться эмоциональной реакцией и ощущением озарения, постижения механизма симптома. Тогда мы говорим об инсайте, после которого симптом не обязательно исчезает, обычно требуется его «проработка». Тем не менее, пациент чувствует, что его понимают и помогают ему преодолеть проблемы, что еще больше укрепляет позитивный перенос, а значит и эффективность интерпретации. Невротик начинает осознавать бессознательные силы, приводящие к симптомам. Внутренние конфликты разрешаются, выраженность симптомов уменьшается. Нередко возникают новые симптомы или какие-то стороны прежней жизни начинают признаваться таковыми. Продолжение анализа помогает справиться с ними, до того момента пока оба участника аналитического процесса не придут к выводу, что пора остановиться. Здесь мы подходим к сложному вопросу о длительности анализа. Учитывая слова классика клинического психоанализа Отто Фенхеля «... любой психоанализ – это психоанализ характера. Ведь все симптомы представляют собой результат специфических эго-отношений, формирующихся в период детских конфликтов и проявляющихся в психоанализе в форме сопротивления» [5], такая терапия подразумевает долгосрочность, хотя может быть и краткосрочной при выполнении специфических задач.

Теперь обратимся к доэдипальному пациенту, например, в его самой яркой форме – к пациенту шизофренического спектра. Такой пациент не заинтересован в терапии, даже если он говорит о желании «вылечиться», то хочет это сделать без всяких усилий. Аналитический процесс представляется ему чем-то неизвестным и пугающим. Поэтому к новому объекту своей жизни (аналитику) он будет относиться с недоверием и злостью. Перенос будет иметь негативный характер, то есть будут преобладать негативные чувства: от скрываемого раздражения до неистовой ярости. Сопротивление будет сильным и направленным на сознательное или бессознательное разрушение терапевтических отношений. Поэтому

му первое время (особенно первый год), терапия всегда будет под угрозой. Невозможность вербализовать, а нередко и понимать собственные чувства, низкая способность к сотрудничеству, страх перед собственными разрушительными силами – общая характеристика ранних психологических защит, которые есть в распоряжении пациента. Поэтому привычные способы управления аналитическим процессом (свободные ассоциации и интерпретация) не будут работать. Пациент нередко вообще не способен к коммуникации, ни говоря уже о том, чтобы «говорить обо всем». Интерпретации не будут действенным орудием преодоления сопротивлений, так как в нарциссическом переносе пациент будет воспроизводить отношения первых лет жизни, когда вербальное взаимодействие еще неэффективно.

Именно поэтому Хаймоном Спотницем для взаимодействия с доэдипальным пациентом был разработан специальный подход, позволяющий вовлечь и удержать пациента в терапевтических отношениях. Техники основаны на принципе экономии коммуникации, не перегружающие и не пугающие пациента. Также используется эмоциональное взаимодействие за счёт техник присоединения и отзеркаливания для укрепления действующих ранних защит. Да, эти защиты плохо работают в понимании психиатра и нередко проявляются психопатологическим феноменом. Например, защита искажает восприятие внешнего мира, но зато удерживает слабое эго от переполнения невыносимыми деструктивными импульсами и переживаниями: «мне так плохо не потому что я сам плохой, а потому что плохие люди меня преследуют и мучают меня телепатически». Не конфронтация, а признание аналитиком ранних защит помогает поддержать хрупкое эго, когда психотерапевт отвечает – «да, в современном мире, мы все под прицелом видеокамер и современное оборудование обладает огромными возможностями» (техника присоединения). Это помогает установить контакт с пациентом («хоть кто-то меня понимает!») и развить нарциссический перенос, который является большим испытанием для самого аналитика, т.к. сопряжен с собственными трудными чувствами (явление контрпереноса). Также, нарциссический перенос — это попытка пациента воссоздать в пределах кабинета раннюю драматическую историю. Но теперь это и возможность ее пережить благоприятным способом и «дорастить» остановленное в развитии эго. Если говорить о тактике преодоления сопротивления, то сначала аналитик помогает пациенту говорить хотя бы о чем-нибудь, потом на интересующее пациента темы, постепенно расширяя границы вербализуемого. По мере прогресса терапии, преодоления сопротивлений и перестройки типичных защит, доэдипальный пациент все больше становится похож на невротика, появляется доверие к специалисту, перенос постепенно становится объектным и позитивным. Через несколько лет психоанализ приобретает классические формы со свободными ассоциациями и интерпретациями. Именно поэтому современный психоанализ немыслим без классического психоаналитического тренинга.

Такая стратегия работы с пациентом способна не только «психологически излечить» доэдипального пациента, но и помогает в рутинной практике психиатра [4]. На примере нашей команды, главным образом специалистов дневного стационара №1 и психологов амбулаторной службы СПб ГБУЗ ГПНДС №7, при поддержке Восточно-Европейского Института Психоанализа и лично ректора проф. М.М. Решетникова, удалось «привить» психоаналитические подходы к реабилитации пациентов нашего учреждения. Справедливости ради стоит отметить, что эта «селекция» была и остается довольно непростым мероприятием. По моему мнению, подход Спотница высокоэффективен, в том числе в «психологическом лечении» шизофренических пациентов. Наши скромные исследования, основанные на «голом энтузиазме», вполне оптимистичны [6, 3, 7]. И, конечно, решение задачи эффективной терапии психиатрического пациента лежит в комплексном подходе, сочетающем взвешенную психофармакологию и различные методы психореабилитации. Здесь мы не фиксированы на одном психоанализе, хотя он очень нам близок. У нас, психотерапевтов и психологов, есть общая для всех проблема поиска эффективных инструментов работы с психиатрическими пациентами. Это не простая задача, особенно учитывая, что к психотерапии коллеги-психиатры нередко относятся весьма настороженно, как и современное академическое образование. Во многом проблема заключается в том, что трудно и страшно заходить в психиатрическое поле, в том числе из-за недоверия коллег. Это недоверие часто выражается в ситуации, когда пациенту на фоне работы с психотерапевтом становится хуже – «психотерапевт виноват, бесполезно, куда не надо, поступил непрофессионально». Хотя ситуация негативной терапевтической реакции, имеет много механизмов. В противоположной ситуации, если пациент улучшается в ходе терапии, мы слышим – «это случайность, отсроченное/кумулятивное действие препаратов или «удачно» сложившиеся циркадные ритмы», но только не «психологическое лечение». Опасения, по крайней мере, молодых аналитиков (что автор наблюдает как преподаватель и супервизор), перед работой с доэдипальными пациентами во многом обусловлено невозможностью получить позитивную оценку собственной работы от опытных коллег и критикой со стороны официальной медицины.

Справедливости ради надо отметить, что картина становится более оптимистичной, т.к. все больше психиатров заинтересованы в психотерапевтическом образовании. Это заметно на примере преподавания психоанализа – все больше врачей становится слушателями соответствующих ВУЗов и центров. Многих интересует не только теория, но «психотерапия изнутри». Проводя исследование толерантности у специалистов помогающих специальностей, оказалось, что в первичном звене, в обычных психиатрических стационарах и диспансерах Санкт-Петербурга и Екатеринбурга около половины психиатров получали личную терапию, а у десятой части она длилась более трех лет [1]. Личная терапия является необ-

ходимым элементом психоаналитического тренинга, но в данном случае была больше обусловлена собственными запросами коллег.

Как же развить психотерапевтические подходы, которые смогут помогать нашим психиатрическим пациентам? Вряд ли некая компетентная инстанция, типа рабочей группы Минздрава скажет, как правильно «психологически лечить» психиатрического пациента и предложит подходящий «мануал» (руководство пользователя). Для этого достаточно вспомнить упомянутый приказ №566н, где в качестве стандарта оснащения психотерапевтического отделения половина необходимого оборудования уже была в кармане практически каждого врача в 2012 году и называлась смартфоном (приложение №33: п.2. «секундомер»; п.4 «комплекс устройств, предназначенных для записи и воспроизведения аудиосигнала...»; п.5 «диктофон»; п.7 «телевидеокомплекс с возможностью воспроизведения и записи видеозображений...»). К этому документу с его неопределенностью может быть много претензий, но неопределенность как раз положительная сторона приказа – она дает большую возможность для свободы практиков. И здесь уже многое зависит от администрации лечебного учреждения. Обладает ли руководитель достаточной смелостью? Сможет ли он стимулировать творчество подчинённых или, по крайней мере, не мешать ему? Если специалистам интересно работать и профессионально расти, а еще лучше если они располагают эффективным подходом, то и администрация получает дополнительную уверенность и уважение к работе подчиненных. Это непростой процесс взаимоотношений психотерапевтического коллектива и начальства. У нашей команды он занял десятилетие, но в итоге мы получили признание и поддержку.

Возникает вопрос, а что могло бы стимулировать психотерапевтическое творчество в широком масштабе? Ответ видится в создании «малых инициативных групп» (МИГ), работающих как в рамках государственных учреждений, так и в частной практике. Эти группы должны иметь характеристики команд: способность к сотрудничеству, право для каждого члена команды сказать и быть услышанным, потребность коллег понимать друг друга и открыто обмениваться мнениями. Чем больше будет таких МИГов – тем больше будет стимулироваться клиническое творчество и вероятность внедрения эффективных подходов. В период, когда лекарств не хватает (это тоже можно считать преимуществом на данном этапе), психотерапия имеет хорошие шансы занять достойное место в реабилитации психиатрического пациента. К слову сказать, в США, откуда мы удачно экспортировали наш опыт современного психоанализа, тотальная и доступная психофармакология, а также щедрые инвестиции в социальную сферу, не позволили привиться идеям Спотница в психиатрической службе. Его последователи сделались немногочисленными «маргиналами», их около 10% членов Американской Психоаналитической Ассоциации (APsaA), проживающих, главным образом, в Нью-Йорке. В продвижении идеи МИГов могут помо-

гать профессиональные организации, такие как Российская Психотерапевтическая Ассоциация (РПА), например. Если клинически ориентированные профессионалы разных направлений будут объединяться, то это может стать мощным фактором для продвижения прогрессивных подходов. Мы смогли в этом убедиться в 2013-2014 гг., когда при содействии зав. кафедры психотерапии СЗГМУ им. И.И. Мечникова проф. С.М. Бабина был организован регулярный обмен мнениями среди специалистов, работающих в психиатрических диспансерах, стационарах, специализированных обучающих центрах Санкт-Петербурга.

Эту идею (МИГов) нельзя назвать новой, здесь хочется обратиться к Истории с большой буквы. Тем более что некоторые параллели с сегодняшним временем очевидны. На ум приходит имя русского инженера и предпринимателя Николая Ивановича Путилова (1820-18.04.1880). Начавшаяся в 1854 году война России с коалицией европейских держав (кстати, называемая Крымской), привела к нападению вражеского флота на все российские порты. В мае 1854 года англо-французский флот блокировал Санкт-Петербург. В этих условиях чиновник морского ведомства Н.И. Путилов обратился к начальству с предложением создать флотилию канонерок, способных действовать в условиях мелководья Финского залива. Почти полгода рапорт ходил по инстанциям, пока, командуемый флотом Великий князь Константин Николаевич не счел предложение стоящим. Путилову было поручено любой ценой к началу кампании 1855 года собрать 15 винтовых паровых лодок. За полгода выполнить эту задачу казалось невозможно, т.к. все паровые машины и запчасти к ним закупались в Англии. Путилов в течение декабря составил чертежи агрегатов и разместил заказы как на заводах, так и в кустарных мастерских. Всего Николай Иванович привлек к выполнению государственного заказа два десятка производств. К концу февраля начали собирать агрегаты паровых машин, и к 15 марта первая канонерка была готова. А уже в мае 1855 года 32 вооруженные канонерки, каждая с паровой машиной в 80 сил, стояли в Кронштадте. Когда командуемый флотом союзников вице-адмирал Ричард Дондас получил приказ взять Кронштадт, первая же встреча с путиловской флотилией заставила изменить решение. Канонерка «Шалун» выпустила в борт английского фрегата пару ядер и стремительно исчезла. Французский адмирал Пэно доложил в Париж, что паровые канонерки совершенно изменили положение его флота и в ноябре 1855 года англо-французская эскадра отступила.

Если проводить аналогию, то мы могли бы задействовать «отечественные мощности» в виде упомянутых МИГов для разработки и внедрения различных форм реабилитации психиатрических пациентов. В многообразии видится эффективность – пациенты и специалисты сами выберут то, что эффективно и с чем удобно работать. Здесь опять же многое зависит от позиции руководства на разных уровнях, и его желания стимулировать (или, что реальнее, не ограничивать) творчество подчиненных,

а также от возможности обмена информацией между МИГАми. «Отечественные мощности» – это наш психотерапевтический вклад в широко обсуждаемые импортозамещение. Но, с другой стороны, нельзя впадать в крайность и стараться все сделать обязательно своими силами. Если велосипед уже где-то существует – проще взять его чертежи, чем изобретать заново. Надо поберечь силы для адаптации к нашим условиям! Если же говорить про эмбарго, которое коснулось высоких технологий и которое, тормозит развитие наукоемких сфер нашей экономики, то в плане образования – всё открыто. За последние пару лет политического ухудшения отношений с Западом – нашей профессиональной сферы это никак не коснулось, и мы также легко получаем «психоаналитические технологии». Единственное серьезное препятствие – удорожание вдвое услуг иностранных специалистов из-за падения национальной валюты. Правда и из этого тоже можно извлечь некоторую пользу – поиск наиболее эффективных специалистов и оптимизация накладных расходов при организации семинаров.

В заключении хотелось бы подчеркнуть, что психоанализ имеет не только отличный от психиатрии понятийный аппарат, но и другой подход, если угодно мировоззрение. И конечно, это является известной проблемой взаимопонимания с психиатрами. Психоаналитические воззрения принципиально ближе к педагогике, чем к медицине. Нарушения рассматриваются скорее, как отклонения от нормального развития или его задержка. Симптомы в широком смысле – многоуровневый каскад защитных реакций от невыносимых переживаний. Если пациента переобучить (главным образом эмоционально), то его развитие восстановится. С точки зрения «психотерапевтического» этиопатогенеза, у нас есть работающие теории: как возникают и прогрессируют отклонения/задержки развития. Мы располагаем инструментами для управления этим процессом – сеттинг (все материальные стороны отношения аналитик-клиент), тактики преодоления сопротивления, работа с контрпереносом (как аналитику справляться с собственными тяжелыми чувствами) и т.д. Но главным инструментом остаётся сам аналитик – без него терапия невозможна. Если есть система постоянной профессиональной поддержки специалиста в рамках одного подхода (например, для многих аналитиков – это Российская ветка Европейской Конфедерации Психоаналитической Психотерапии) или разных подходов (как это начинает осуществляться в рамках РПА) – мы имеем реальную возможность для формирования «сильного» специалиста, который имеет надежную коллегальную опору и открыт к творчеству. Профессиональная поддержка (сообщества, образовательные учреждения, тренинги и курсы повышения квалификации, супервизии и т.д.) одновременно являются основой профилактики профессионального выгорания, что выгодно отличает нашу профессию от остальных.

Литература:

1. Семенова Н.В., Федоров Я.О. Исследование толерантности у специалистов помогающих профессий в сфере психического здоровья // *Вестник психотерапии*. – 2011. – № 40 (45). – С.85-97.
2. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента: теория техники – СПб.: Вост.-Европ. и-т психоанализа, 2004. – 296 с.
3. Федоров Я.О. Случай психотерапии шизофрении в условиях дневного стационара // *Сборник докладов по материалам 8-го конгресса «Мост между Восточной и Западной психиатрией» 10-13 июня 2005г.* – Vol. III, N 2, 2005. – С.56-73.
4. Федоров Я.О. Современный психоанализ в психиатрической практике // *Вестник психотерапии*. – 2008. – № 27 (32). – С.91-101.
5. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. – М.: Академический Проект. 2005. – 696 с.
6. Чистяков М.С. Некоторые признаки приближения группы с преэдипальными пациентами к невротической фазе. // *Материалы Конференции АГрА., СПб., 2000 г.* [Электронный ресурс] <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1498>
7. Шуканова Е.А. Практические аспекты применения современного психоанализа в работе с психотическими пациентами [Электронный ресурс]. – URL: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?p=1307>
8. Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. – New York: W.W. Norton, 1945.
9. Menninger K.A. *Theory of psychoanalytic technique*. – New York.: Alfred Knopf, 1958.

МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ СПОСОБЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Фесенко Ю.А.

*ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина
Санкт-Петербург*

Термин «энурез» происходит от древнегреческих слов, означающих «мочиться ночью», т.е. в самом понятии «энурез» заложен смысл «мочеиспускания во сне». Отсюда следует, что термин «дневной энурез», нередко используемый врачами для обозначения неудержания мочи во время бодрствования ребенка, некорректен. В таких случаях следует говорить о «дневном недержании мочи». Современными отечественными и зарубежными исследователями под ночным энурезом понимается феномен непроизвольного мочеиспускания во время ночного и дневного сна. Из этого ясно, что анализ связи акта непроизвольного мочеиспускания с механизмами сна не только правомерен, но просто необходим.

Исследования А.Ц. Гольбина [2] показали (в процессе изучения «созревания» акта мочеиспускания в онтогенезе), что мочеиспускание во сне связано с формированием стадий сна, и к году жизни ребенка наступает физиологическая задержка мочеиспускания во время сна по биологическим механизмам, а не вследствие образования навыка «опрятности», прививаемого родителями. С этого времени (с 1970-х гг.) практически всеми специалистами в данной области принято, что измененный сон

является почти единственным симптомом, общим для всех больших энурезом [1, 4, 5, 10].

Своеобразие непроизвольного мочеиспускания состоит в том, что оно происходит в виде взрыва, пароксизма, сопровождаемого выраженными моторно-вегетативными проявлениями, что не встречается при мочеиспускании во время бодрствования. Нарушения сна проявляются в виде нарушения засыпания и пробуждения, нарушения самого процесса сна: глубокий («мертвый») сон, при насильственном пробуждении – нарушения ориентации ребенка с эпизодами психомоторного возбуждения, сноговорения, снохождения, ночные страхи. Изменены электроэнцефалографические стадии сна при проведении записи ЭЭГ во время всего ночного сна пациента: нарушена длина стадий, ритм их смены, очередность [2, с. 152-158]. По данным А.Ц. Гольбина, до 2,5 месяцев жизни ребенка мочеиспускание во сне возникает перед пробуждением и способствует ему. В возрасте 6 месяцев мочеиспускание во время дневного сна исчезает у 87% здоровых детей. В возрасте 1,5 года более 70% детей спят сухими всю ночь или обмачиваются во сне эпизодически (не более одного раза в неделю). Полиграфические записи подтверждают высказанную точку зрения. Так, процесс мочеиспускания во сне значительно отличается от мочеиспускания в дневное время по ряду параметров. Ночью мочеиспускание сопровождается большим количеством мочи, задержкой дыхания, мелкими клоническими подергиваниями конечностей и другими моторно-вегетативными проявлениями, носящими пароксизмальный характер и не встречающихся днем. В ЭЭГ перед мочеиспусканием появлялись вспышки генерализованной дельта- или тета-активности. При этом у детей в явном виде проявляется общее нарушение сна: удлинение периода засыпания, чрезмерно глубокий сон (обмочившись, больной продолжает спать), чередование энуреза с ночными страхами, сноговорением и снохождением, а также неадекватные реакции при пробуждении. Ночная запись ЭЭГ показывает, что у 65% больных после акта мочеиспускания наблюдается переход в другую стадию сна (2-ую или парадоксальную стадию), т.е. энурез появляется на границе стадий сна и способствует их смене.

Очень важным клиническим проявлением нарушения эмоционально-волевой сферы является неадекватное отношение к своему дефекту: дети либо не осознают дефект, либо относятся к лечению формально (81% больных). В четверти случаев энурез исчезает внезапно, часто без особых на то причин, а иногда – в связи с какими-то значимыми для ребенка событиями. В трети случаев – с возникновением «вместо энуреза» значительного количества феноменов патологического сна и бодрствования (ночные страхи, крики, бруксизм, вредные привычки, нарушения поведения и т.п.), а в остальных случаях – «ступенчато», постепенно исчезая [2, с. 161].

Основным положением патогенеза данного страдания является гипотеза компенсаторного механизма энуреза: до определенного времени *акт непроизвольно-*

го мочеиспускания «нужен» организму для нормализации функции сна, т.к. с его помощью происходит «переключение» стадий сна. При определенных условиях, когда «созревают» механизмы сна, энурез, как компенсаторный механизм, становится неактуальным и спонтанно исчезает. Таким образом, ночное недержание мочи представляет собой специфический по проявлениям и компенсаторный по механизму синдром нарушения в онтогенезе биоритма сон-бодрствования, проявляющийся в многообразных феноменах поведенческих и вегетативных изменений ночью и днем, и относится к пароксизмальным феноменам патологического сна [1, 2, 9].

Поэтому подходы к лечению энуреза, как и других пограничных психических расстройств у детей должны быть общими, и включать в себя коррекцию цикла сон-бодрствование и регуляцию взаимоотношений между структурами мозга за счет фармакологических и психотерапевтических комплексных воздействий.

А.Ц. Гольбиным выделено 6 основных форм энуреза, которые различаются по этиологии, клиническим проявлениям и терапевтическому подходу: простая (наследственная отягощенность в 2/3 случаев); невротическая (единственная форма, характеризующаяся особо аффективным отношением к своему дефекту – от активной заинтересованности в симптоме (при истероидном варианте) до болезненного переживания, иногда доходящего до суицидных намерений (при астено-невротическом варианте), а также наличием массивных невротических проявлений); невропатическая, развивающаяся на фоне невропатии (соответствует выделенной нами позже [5] неврозоподобной форме); эндокринопатическая (сочетание энуреза с дизэнцефальной патологией и эндокринопатиями); эпилептическая (энурез при ночной форме эпилепсии) и диспластическая, когда энурез возникает на фоне органического поражения нервного аппарата мочеиспускательной функции, в частности – миелодисплазии (spinabifida).

Судя по публикациям, касающихся энуреза, число методов его лечения огромно. Так, еще в середине прошлого века Г.С. Зедгинидзе (1954) говорил о существовании более 250 разнообразных методов терапии недержания мочи у детей и взрослых. Мы успешно на протяжении 20 лет применяем комплексный метод лечения, основанный на том, что, энурез является компенсаторным механизмом в работе мозга ребенка: мы не боремся с симптомом – недержанием мочи во время сна, а восстанавливаем нарушенный сон, возвращая головной мозг ребенка в область нормальной саморегуляции.

Нарушения цикла сон-бодрствование связаны с первичными поражениями мозга и все системные лечебные мероприятия, как и для других пограничных психических расстройств, необходимы. Кроме того, полезно использовать ряд *дидактических* методов. Так, необходимо проводить вечернюю физическую зарядку, о которой написано во многих руководствах. Ни в коем случае не рекомендуется насильственно будить ребенка, чтобы высаживать его на горшок. Это лишь приводит к углуб-

лению патологического осознания ребенком своей ущербности. Ребенка можно будить только в том случае, если он сам начинает беспокоиться, но не может проснуться. Рекомендуется нежными движениями перевернуть ребенка, стараясь не прервать его сон, так как мочится он в позе максимального расслабления, специфической для каждого больного (на животе или на спине). Переворачивание способствует смене фаз сна и предотвращает акт энуреза.

Психофармакотерапия. Ранее нами было показано [3, 5, 6], что основной причиной пограничных психических расстройств, к разряду которых относится и энурез, является нарушение межструктурного взаимодействия. На это указывает наличие патологической пароксизмальной ритмики в определяющих развитие взаимодействия зонах полушарий головного мозга (теменно-височных, теменно-затылочных). С физиологической точки зрения следует говорить о генераторе патологически усиленного возбуждения в той или иной структуре мозга. Опираясь на воздействия, использующие активизацию резервов мозга и его механизмы саморегуляции (как классические ноотропы, так и вещества с ноотропным действием), мы активно используем психофармакологические препараты, в частности те из них, которые избирательно подавляют активность патологических генераторов. В большинстве случаев, обнаруженная пароксизмальная активность в ЭЭГ у больных с энурезом имеет стволовое происхождение, о чем свидетельствуют характерные паттерны спектрального анализа. Очаги такой активности наиболее трудно поддаются коррекции, как обычными психотерапевтическими методами, так и методами, использующими адаптивное биоуправление [3, 6].

Используемые фармакологические виды воздействий являются подготовительными. Включая резервы мозга, и подавляя пароксизмальную активность, они создают необходимый фон в работе мозга для наиболее эффективного использования механизмов саморегуляции – *адаптивного биоуправления* (БОС, БАК). Главной целью использования биологической обратной связи (biofeedback) для лечения энуреза является получение усиления мощности ЭЭГ в диапазоне бета-ритмов (12-16 или 16-25 Гц) при одновременном ослаблении мощности ЭЭГ в диапазоне тета-ритма (4-8 Гц). Метод биологической обратной связи применяется нами вместе с фармакологической коррекцией, усиливает ее результаты и позволяет сократить длительность применения фармакологических препаратов.

Кроме применения фармакологических препаратов, нами широко используется *фитотерапия*, особое место в которой отдается адаптогенам – элеутерококку, лимоннику, аралии и пр. Фитотерапия применяется длительное время после интенсивного курса лечения, наряду с *витаминотерапией*.

Используемые *психотерапевтические* и *дедуктивные (обучающие)* методы (упорядочивание двигательной активности, тренировка мышечного расслабления, аутогенная тренировка), позволяющие развить разнообразные

способы саморегуляции и воздействия на пораженные звенья систем мозга и организма в целом. Большинство из таких способов являются общими для лечения всех пограничных психических расстройств. Некоторые из них (дидактические, психологические и психотерапевтические) имеют специфические особенности, связанные с особенностями проявления той или иной патологии.

Психотерапия при лечении любых пограничных психических расстройств (неврозы, тики, заикание, энкопрез и др.) занимает одно из ведущих мест во всем комплексе используемых методов. Это в полной мере относится и к лечению энуреза, причем практически для всех форм этого расстройства.

Крайне актуальной в настоящее время является семейная системная психотерапия, подразумевающая комплекс психотерапевтических методов и приемов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи. Цель этого вида психотерапии – оптимизация семейных взаимоотношений, роль которых в улучшении исходов монополярных пограничных психических расстройств, в том числе – и энуреза, не вызывает сомнений. По данным Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого [7] (1990), у 66% семей, в которых проживают дети с нервно-психическими расстройствами, отмечены либо структура жестко фиксированных патологизирующих семейных ролей, либо структура как таковая отсутствовала изначально. Содержанием семейной психотерапии является анализ взаимодействия всех членов семьи, которые собираются вместе в ситуации «здесь-и-теперь». Работа по реконструкции семейных отношений способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и, реципрочно связанному с этим, ослаблению функционирования других подсистем. В процессе психотерапии разделение родительского и супружеского контекстов способствует повышению их эффективности и как супругов, и как родителей, что благотворно отражается на самочувствии ребенка [6, 8].

Индивидуальная психотерапия проводится фактически с момента знакомства с пациентом в процессе обследования. Вообще, отделение индивидуальной психотерапии от семейной в нашей работе является чисто условным, так как на обследование ребенок приходит с одним из родителей, а иногда вместе с ребенком приходит вся семья. Лечить ребенка вне семьи практически невозможно. Поэтому лечение ребенка с энурезом в стационаре принципиально не решает проблему здоровья таких детей, а иногда только усугубляет ее. Активно используется рациональная патогенетическая психотерапия, все виды суггестии (прямое, косвенное внушение, материнская суггестия), арт-терапия.

Не меньшее значение в коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений имеет игровая групповая психотерапия. С помощью групповой игры довольно успешно удается укрепить уверенность ребенка в своих силах, создать непринужденность в контактах и выработать адекватные навыки общения через конструирование игрой взаимодействия со сверстниками. В игре исполь-

зуется драматизация негативных переживаний ребенка, жизненных конфликтных ситуаций (в школе, во дворе, дома), поступков, из-за которых его наказывали или отвергали. Каждое «событие» отражается в виде отдельных фантастических (сказочных) или реальных историй. Истории сочиняются дома (при участии родителей, которые присутствуют и на групповых занятиях), где по желанию ребенка они могут быть проиграны, причем роли он распределяет сам. Групповые сеансы психотерапии для детей самого младшего возраста (3-5 лет) предпочтительно проводить вместе с родителями (или вместе с одним из родителей). Для детей более старшего возраста сеанс может быть смешанным: работа в течение 1-2-х часов отдельно с пациентами, а затем – в течение получаса совместно с родителями. Участие родителей в каждой сессии групповой психотерапии приносит двойную пользу. Родители лучше видят как успехи, так и неудачи своих детей в достижении промежуточных целей психотерапии, и при этом сами подвергаются психотерапии, что приносит многим из них существенную пользу.

Помимо групповой и семейной психотерапии, нами применяется гипносуггестивная психотерапия. Гипносуггестия проводится в группе (8-10 человек), в специально выделенные для сеансов дни (1 раз в неделю), в количестве 10-12 сеансов на курс. Следование принципу гомогенности группы обязательно, так как формулы гипнотического внушения отличаются по содержанию, отражающего патогенетический механизм конкретного заболевания. В психотерапевтическом лечении детей с энурезом сеансы гипнотического внушения, на которых отрабатываются формулы «хорошего, доброго» сна с приятными длительными сновидениями, являются очень эффективными. Эти же формулы внушения применяются в так называемой «материнской суггестии», впервые предложенной А.Ц. Гольбиным [2, с.184]. После нескольких сеансов внушения в присутствии матери, ей предлагается дома, перед засыпанием и в состоянии сна ребенка, в период перед обычным для него временем мочеиспускания (который внимательными матерями хорошо улавливается), положив руку на лоб ребенка, тихо проговаривать формулу лечебного внушения. Материнская суггестия особенно полезна детям младшего возраста (3-6 лет), поскольку применение для них обычных психотерапевтических сеансов затруднительно. Детям старшего возраста и подросткам рекомендуется проводить на ночь сеансы самовнушения, с заданием увидеть длинные красочные приятные сновидения, чтобы «к утру постель оставалась сухой». Отдельные моменты таких сновидений можно отработать на дневных сеансах психотерапии. Опыт показывает, что эти методики способствуют увеличению парадоксальной стадии сна и прекращению энуреза.

Не исключается совмещение видов психотерапии, а в большинстве случаев даже является необходимым. Так, при лечении энуреза наиболее выраженная положительная динамика наблюдается, когда психотерапевт проводит одновременно семейную, индивидуальную патогенетическую и групповую гипносуггестивную психо-

терапию, а родители в домашних условиях применяют косвенное внушение (по заданию врача) и совместно с ребенком проводят сеансы аутотренинга.

В завершении надо сказать, что в процессе группового общения, особенно у детей пред- и подросткового возраста, формируются некие общегрупповые ценности, которые при интериоризации способны стать новыми продуктивными свойствами личности, способствующими процессу последующей реабилитации. Поэтому считается, что деятельность группы направлена на решение проблем каждого ее члена, когда личные проблемы каждого и межличностные отношения создают предпосылки для возникновения «психотерапевтической атмосферы», желательной для психотерапевта и успеха лечения.

Преимущество патогенетической психотерапии, к которой относится и групповая игровая психотерапия, состоит в ее открытости к интеграции с другими психотерапевтическими подходами, что отражает современную тенденцию в развитии психотерапии. Это особенно относится к методам когнитивно-поведенческого, феноменологического, альтруистического подходов (когнитивная психотерапия А. Бека, позитивная психотерапия Х. Пезешкиана, рационально-эмотивная психотерапия А. Эллиса, гештальт-терапия Ф. Перлза, альтруистическая психотерапия В. Гарбузова).

Литература:

1. Вейн А.М., Хехт К. Сон человека. Физиология и патология. – М.: Медицина, 1989. – 272 с.
2. Гольбин А.Ц. Патологический сон у детей. – Л.: Медицина, 1979. – 248 с.
3. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Заикание и логоневроз. Диагностика и лечение. – СПб: СОТИС, 2000. – 288 с.
4. Трошин В.М., Радаева Т.М., Куркина С.А. Расстройства мочеиспускания у детей. Методическое пособие для врачей. – М., 1998. – 48 с.
5. Фесенко Ю.А., Лохов М.И. Энурез у детей: традиционные и нетрадиционные методы терапии. – СПб: ЭЛБИ СПб, 2003. – 135 с.
6. Фесенко Ю.А. Энурез и энкопрез у детей. – СПб: Наука и техника, 2010. – 272 с.
7. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 192 с.
8. Dolto F. (Дольто Ф.) На стороне ребенка. – М.: АГРАФ, 1997. – 528 с.
9. Gastaut H. Conclusions concerning the mechanisms of enuresis nocturna. // *Electroenceph. a. clin. Neurophysiol.* – 1982. – V. 12. – P.220-234.
10. Passouant P. Episodic Phenomena during REM sleep. // In: *Sleep 1984.* – Roma, 1984. – P. 72-75.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА КАК МЕТОД ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Фоменко А.Н., Гречаний С.В.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Санкт-Петербург*

Послеродовые аффективные расстройства относятся к числу заболеваний, имеющих негативные социальные последствия. Это – отказ от ребенка, явный и скрытый инфантицид. В последнем случае речь идет о несвоевременном оказании новорожденному медицинской помощи, провокации несчастных случаев, приводящих к гибели ребенка [2].

Ежегодно в РФ число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, доходит до более полу-миллиона, что составляет несколько процентов детского населения. По данным правоохранительных органов, ежегодно совершается более 100 убийств матерями своих новорожденных детей. О распространенности скрытого инфантицида свидетельствуют только косвенные цифры.

В настоящее время выделяют 3 основные формы послеродовых психических расстройств [DSM-IV]. Это – синдром грусти рожениц (син.: «блюз-синдром», встречающийся у 26–85% женщин), послеродовая депрессия (син.: постпартальная депрессия, встречающийся в среднем в 13% случаях) и послеродовые психозы (0,1–0,2%) [Robertson E. et al., 2004].

Синдром грусти рожениц проявляется в подавленности, лабильности настроения, беспричинном плаче, снижении интереса к окружающему, в том числе и к своему ребенку, нарушении сна и аппетита. Тоскливый компонент, как правило, слабо выражен, преобладает тревога. Критическим периодом развития этого синдрома является третий день после родов, а продолжительность состояния составляет, в среднем, 7-14 дней. Симптомы этого расстройства не требуют медикаментозного лечения. Решающую роль в их купировании играет внимательное отношение к роженице персонала медицинского учреждения и родственников. В неблагоприятных случаях синдром может трансформироваться в послеродовую депрессию.

Послеродовая депрессия проявляется выраженным снижением настроения, отмечается тоска, подавленностью, слезливость, ангедония, чувство вины, суицидные мысли, потеря сна и аппетита, разнообразные соматические жалобы. Содержание переживаний, как правило, сфокусировано на здоровье и воспитании ребенка. Характерно чувство неполноценности, переживание неспособности справиться с младенцем. Многие женщины считают себя плохими, неадекватными или нелюбящими матерями, испытывают постоянную тревогу в связи со здоровьем и питанием ребенка. В связи с психологически понятными переживаниями и невыраженностью витального компонента послеродовую депрессию часто квалифицируют как непсихотическую [Robertson E. et al., 2004]. К диагностическим критериям постпортальной депрессии относятся: возникновение описанных симптомов в сроки до 6 мес. после родов и до достижения ребенком 2-х лет. Длительность расстройства обычно составляет несколько месяцев, нередки случаи, когда она длится более года.

Послеродовая депрессия традиционно относилась к плохо выявляемым расстройствам, более половины ее случаев остается нераспознанным [Филоненко А.В., Голенков А.В., 2007]. Особенностью также является крайне низкая самостоятельная обращаемость к специалистам женщин в связи с аффективными жалобами. Помимо субъективных (боязнь психиатрической стигматизации, страх быть изолированной от новорожденного вследствие госпитализации) существует и ряд объективных причин, обуславливающих указанные трудности.

Хотя симптоматика послеродовой депрессии мало отличается от депрессивных эпизодов, возникающих в другие периоды жизни в связи с другими провоцирующими факторами, в практической работе часто представляется сложным провести различие между клиническими проявлениями депрессии и нормативными психофизиологическими процессами, возникающими в организме женщины в связи с беременностью и родами. Это – изменение веса тела, перестройка режима сна/бодрствования, изменение жизненных ценностей приоритетов, ситуативная тревога за собственное здоровье и здоровье ребенка. Большое значение имеет также феномен «переходного материнства» – процесс обретения женщиной нового

психосоциального статуса, накладывающего отпечаток на образ жизни, моральные приоритеты. Феномен «переходного материнства» [Филиппова Г.Г., 2009], несомненно, отражается в психическом статусе женщины, его клинические границы чаще всего определяются симптомами острой/подострой адаптационной реакции. Таким образом, если тяжелые случаи постнатальной депрессии легко обнаруживаются, легкие ее проявления могут быть приняты за естественные последствия родов.

Учитывая непсихотический уровень постпортальной депрессии, большую роль в ее развитии играет личностная predisпозиция. Фактором, мешающими своевременной диагностике послеродовой депрессии, являются значительная психологическая «закрытость» женщины в послеродовом периоде.

Клиническое наблюдение указывает на наличие у рожениц с послеродовыми аффективными расстройствами устойчивого психологически защитного комплекса, представленного ригидными и малоадаптивными типами защит. Это, по преимуществу, реакции отрицания и проекции. Собственные жалобы, их причина и возможные пути решения мало поддается осмыслению и интрапсихической переработке. Проблема «подавленного настроения» игнорируется, акцент переносится на соматическое состояние ребенка, но и его конструктивно обсуждать женщина также отказывается.

Факторами риска развития депрессивных расстройств в послеродовом периоде традиционно считались конфликтные семейные отношения, жизненные потрясения, пережитые во время беременности (потеря работы, смерть близкого, утрата имущества и др.). Особую группу составляют женщины, пережившие сильный родовой стресс, а также матери, информированные медицинским персоналом о наличии у ребенка врожденных пороков развития, заболеваний или родовой травмы. Послеродовой депрессией чаще страдают пациентки из бедных социальных слоев населения. В развитии послеродовой депрессии играет роль личностный фактор.

Метаанализ литературы, посвященной факторам риска развития послеродовой депрессии показал [Robertson E. et al., 2004], что прогностически значимыми ее критериями в порядке убывания являются (в скобках указаны прогностические коэффициенты Козна): депрессия в период беременности (0,75), тревога в период беременности (0,68), неблагоприятные жизненные события такие, как смерть близкого человека, развод, потеря работы, вынужденный переезд (0,61), депрессия в период, предшествующий беременности (0,58), невротизм (0,39), семейные отношения (0,39), акушерские факторы (0,26). Наиболее значимыми факторами, препятствующими формированию послеродовой депрессии являются: социальная поддержка (0,64) и социально-экономический уровень (0,14). В более позднем исследовании было показано, что наиболее значимым факторами риска аффективных послеродовых расстройств является факт наличия депрессии в анамнезе, депрессия и/или тревога в настоящее время и отсутствие поддержки партнера [Milgrom J., 2008; Marcus S.M., 2009].

В период беременности факторами формирования аффективных расстройств также являются: отсутствие социальной поддержки наряду с депрессией в анамнезе, отсутствие партнера, трудности супружеских отношений, бедность, семейное насилие, высокий уровень жизненного стресса, зависимость от ПАВ, искусственное прерывание беременности в анамнезе, незапланированная беременность, двойственное отношение к рождению ребенка и беспокойством по поводу развития плода [Kimmel M. et al., 2015].

Показано, что в меньшей степени подвержены риску постпартальной депрессии женщины с относительно небольшим количеством соматических жалоб в период беременности, низким уровнем перинатального стресса и удовлетворительными супружескими отношениями, включая супружескую поддержку [Zelkowitz P. et al., 2008].

Лечение послеродовых аффективных расстройств уже в течение долгого времени представляет собой сложную задачу. Антидепрессанты показаны в случае тяжелой депрессии, что требует большой осторожности, всесторонней оценки риска побочных действий при грудном вскармливании новорожденного. Показано, что эффективность психофармакологических методов лечения послеродовой депрессии оценивается как низкая в отсутствии устранения других причинных и провоцирующих факторов [9]. Во многих клинических рекомендациях в качестве ведущего метода лечения постпартальной депрессии указаны различные виды психотерапии [Stevenson M.D., 2010].

В связи низкой самостоятельной обращаемостью к психиатру, отказом от приема антидепрессантов и малой заинтересованностью в работе с психотерапевтом актуальной в последнее время является помощь в виде социальной поддержки. Социальная поддержка относится к методам непрофессиональной интервенции. Ее использование в медицине оправдано в случае, когда большую роль в формировании расстройств играют социальные факторы или когда оказываемая помощь сводится к уходу и социальной реадaptации.

Социальная поддержка представляет собой многокомпонентный комплекс мероприятий, который может быть осуществлен партнером, членами семьи, друзьями, социальными работниками, волонтерами, членами общины и другими лицами в форме информационной, эмоциональной, физической, финансовой и др. помощи [5]. Предоставляемая правительством социальная поддержка называется государственной помощью. Социальная поддержка имеет субъективный (восприятие оказываемой помощи, ее ценность, значимость для личности), объективный (фактически полученная помощь) и интерперсонально-коммуникативный аспект (интеграция в социальные поддерживающие сети). Теория социальной поддержки являются предметом изучения в первую очередь психологии и социологии. Социально-поддерживающие технологии включены содержание деятельности таких практических направлений, как социальная рабо-

та в здравоохранении и система ухода за больными. Существуют 2 основных модели, объясняющие взаимосвязь социальной поддержки и здоровья личности: буферная модель и модель прямых эффектов [Wills T.A., 1991].

Установлена отрицательная корреляция между выраженностью послеродовой депрессии и эмоциональной и материальной поддержкой во время беременности [Richman J.A., 1991; O'Hara M.W. et al., 1996; Beck C.T. et al., 1996;]. Социальная изоляция, напротив, сильно влияла на риск развития депрессивных симптомов после родов [Seguin L. et al., 1999; Forman D.N. et al., 2000].

Было показано, что для устранения физических и эмоциональных причин послеродовой депрессии, в первую очередь, необходимо удовлетворение базовых физиологических потребностей – полноценное питание, сон, комфортные жизненные условия. Однако в реальных условиях молодая мать, помимо ухода за ребенком, выполняет множество бытовых обязанностей [6]. Обнаружено, что матери, которые не получали социальную поддержку после родов или она была минимальной, в 5 раз чаще были подвержены послеродовой депрессии, чем те, которые были обеспечены ею в полной мере [4].

Эффективность в отношении редукции депрессивных симптомов послеродовых расстройств и положительное влияние на характер детско-материнских отношений оказывает работа по взаимной поддержке (peer support workers), проводимая волонтерами на дому в индивидуальном режиме [Cust F., 2016]. Использование комбинации стандартного ухода в период беременности и родов и помощи службы расширенного ухода в период беременности (Pregnancy Outreach Worker) у женщин из неблагополучных семей с множественными факторами риска продемонстрировало достоверное преимущество по сравнению с рутинным пособием, проявившееся в меньших значениях послеродовых депрессивных симптомах [Kenyon S. et al., 2016]. Защитным фактором развития послеродовой депрессии является также информационная поддержка в социальной сети [Seguin L. et al., 1999].

Женщины с дородовыми тревожными и депрессивными расстройствами традиционного рассматриваются как целевые группы для раннего вмешательства [Asselmann E. et al., 2016]. В связи с опасностью использования антидепрессантов и недостаточной их эффективностью в период беременности поддержка со стороны семьи и друзей в совокупности с упражнениями, адекватным питанием, достаточным сном называется в числе методов лечения депрессии беременных [Kimmel M. et al., 2015; Bowen A., Muhajarine N., 2006].

Было показано, что кратковременный курс, состоящий всего из 4 сеансов групповой психотерапии во время беременности, является хорошей профилактикой послеродовой депрессии у малообеспеченных женщин [10]. Комплекс мер, включающий рациональное питание и гимнастические упражнения также продемонстрировал в этом отношении положительное влияние, и их эффект был сопоставим с психотерапией [8].

Из новых современных экономически выгодных способов помощи при послеродовых аффективных расстройствах используется психотерапия по телефону [3] и подготовка социальных работников для ведения групп поддержки матерей [7]. Учитывая положительную роль территориального уединения матери и ребенка в процессе формирования первичной привязанности, сакрально и культурально обусловленную, в последнее время в различных аспектах неонатологии широко используется метод оказания консультативной помощи в виде телефонных разговоров. Так, в частности, показана эффективность социальной поддержки с помощью метода межличностной психотерапии по телефону с акушеркой, сертифицированной для данного вида услуг (CNM-IPT) [Posmontier B. et al., 2016].

Таким образом, послеродовые аффективные расстройства – это мультидисциплинарная медицинская и социальная проблема. В условиях роддома наблюдение за матерью с целью выявления возможных колебаний эмоционального состояния осуществляется врачами акушерами-гинекологами и неонатологами, а после выписки из роддома – патронажными сестрами. В настоящее время большую роль в профилактике послеродовых аффективных расстройств играют перинатальные центры, в штате которых предусмотрены ставки психологов и специалистов по социальной работе. Роль специалиста сводится к установлению контакта с женщиной еще в дородовом периоде, особенно когда прогнозируется ее длительное пребывание. Контакт между женщиной и специалистом по социальной работе необходимо продолжать после выписки из медицинского учреждения. Основополагающими принципами социальной помощи должны быть общедоступность, индивидуальность и адресность.

Литература:

1. Маргиева Д.А. Развитие социальных представлений о жестоком обращении с детьми // *Педиатрическая фармакология*. – 2013. – № 4. – С. 124-127.
2. Шелехов И.Л., Берестнева О.Г. *Репродуктивное здоровье женщины: психологические и социальные аспекты: монография*. – Томск: Изд-во Томского политехнического университета, 2013. – 366 с.
3. Dennis C.-L., Ravitz P., Grigoriadis S. et al. *The effect of telephone-based interpersonal psychotherapy for the treatment of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial* // *Trials*. – 2012. – 13: 38. – Published online 2012 Apr 19. doi: 10.1186/1745-6215-13-38
4. Kim T.H.M., Connolly J.A., Tamim H. *The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey* // *BMC pregnancy and childbirth*. – 2014. – 14. – №.1. – P. 1.
5. Logsdon M.C., Koniak-Griffin D. *Social support in postpartum adolescents: guidelines for nursing assessments and interventions* // *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. – 2005. – Vol. 34 (6). – P. 761-768.

6. Negron R. *Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support* // *Maternal and child health journal*. – 2013. – Vol. 17 (4). – P. 616-623.

7. O'Neill M.P. *Social Support and Depression: An Evaluation of Motherwoman Peer Support Groups for Mothers with Postpartum Depression* // *Society for Social Work and Research 19th Annual Conference: The Social and Behavioral Importance of Increased Longevity*. – Sswr, 2015.

8. Tiffany F. *Yoga and social support reduce prenatal depression, anxiety and cortisol* // *Journal of Yoga & Physical Therapy*. – 2012.

9. Yelland J., Sutherland G., Brown S.J. *Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women* // *BMC Public Health*. – 2010. – Vol. 10 (1). – P. 771-783.

10. Zlotnick C.A., Miller I.W., Pearlstein T. et al. *Preventive Intervention for Pregnant Women on Public Assistance at Risk for Postpartum Depression* // *Am. J. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163(8). – P. 1443-1445.

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОТИЧЕСКИХ И АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

Хайретдинов О.З.¹, Бебчук М.А.²

¹ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина
Санкт-Петербург

²РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Институт интегративной
семейной терапии
Москва

Как при психогенных (реактивных), так и при биологически обусловленных (эндогенных, органических) психотических расстройствах у детей в семейном окружении происходят значимые изменения и процессы, влияющие на характер течения и прогностические перспективы заболевания. В первом варианте психотические нарушения могут быть следствием семейной ситуации, то есть носить первично-системный характер, во втором – вторично-системный, когда отношения и действия членов семьи становятся существенным фактором стабилизации/дестабилизации состояния пациента. Хорошо известны результаты исследований в рамках моделей *эмоциональной экспрессии* в семьях больных шизофренией [5] и *стресс-уязвимости* [8], в которых чрезмерная критика, враждебность в адрес больного и эмоциональная сверхвключенность родственников с большой вероятностью приводили к учащению госпитализаций.

В качестве инструмента позитивных изменений в данной концепции рассматривался вариант семейной психотерапии с целью формирования более эффектив-

ных способов взаимодействия в семье, а также коррекции чувства стыда и вины у членов семьи, что позволяло снижать количество рецидивов у больных и повысить комплаентность [9]. При том, что психосоциальные методы работы с семьями больных шизофренией включены в стандарты лечения во многих странах мира [1], многие авторы отмечают, что данный подход практически не используется в повседневной практике [7, 10].

В рамках стратегического подхода системной семейной терапии при психотических симптомах (например, бредовом поведении, ритуалах, включающих членов семьи и пр.), могут осуществляться предписания, направленные на изменения поведения родителей для снижения напряжения, нейтрализации закрепляющих симптом жестко конфронтирующих, или, напротив, тревожно-уклоняющихся реакций и действий.

Помимо узкоспециализированных вопросов семейной терапии психозов у детей, требующих специальной подготовки, существует ряд неспецифических аспектов работы с членами семей, важных в практической работе психиатров, психотерапевтов, психологов, специальных педагогов и пр. Вслед за К.С. Лебединской (1992) стоит подчеркнуть, что лечение психических расстройств детского и подросткового возраста может осуществляться только в тесном контакте с родителями ребенка, на которых возлагается первичный контроль за динамикой терапии, и от которых зависит точное соблюдение всех ее условий [2]. Разобщенность оказания лечебно-реабилитационной помощи и многообразие предложений на рынке медико-психолого-педагогических услуг нередко приводят к противоречивым рекомендациям различных специалистов (врачей, психологов, представителей традиционных практик и пр.), вынуждая родителей занимать активную роль организаторов комплексной помощи ребенку. Специалисты, ориентированные на профессиональное доминирование и патерналистский стиль, чаще с неприятием относятся к избирательному и критическому подходу родителей пациента к плану лечения, замыкая тем самым порочный круг неудовлетворенности взаимодействием и снижая уровень комплаентности.

До сегодняшнего дня живучи, ставшие достоянием истории, ранние концепции «шизофреногенной матери» [6], «двойной связи» [3], «холодной матери» [4] и др. Упрощенное одностороннее следование идеям патогенного влияния родителей, способствующего возникновению эндогенных психотических нарушений у ребенка, чаще способствует невольному (хуже, если преднамеренному) усилению чувства вины у родителей, и разрушает конструктивное взаимодействие членов семьи и специалистов. Не умаляя значения первых гипотез влияния семьи на психические расстройства, в частности, детский аутизм и шизофрению, следует признать ошибочным рассмотрение биологических расстройств в качестве первично-системного нарушения (т.е. «порожденного» семейной системой) и неконструктивным для работы с семьей психически больного ребенка.

В отечественной детской психиатрии и психотерапии чаще рассматривались влияния семейного окружения на возникновение и течение психических расстройств у ребенка. В меньшей степени изучались обратные воздействия – возникновение психологического неблагополучия и вторичных психических расстройств у родственников, воспитывающих ребенка с психическими нарушениями. В основе неконструктивного поведения родителей на разных этапах оказания помощи могут лежать вторичные расстройства невротического и патохарактерологического регистров, обусловленные психической травматизацией в связи с болезнью ребенка. Нам представляется важным отойти от упрощенного рассмотрения психотических расстройств и внутрисемейных процессов с опорой на линейную логику причинно-следственных связей, т.к. в соответствии с системным взглядом все выглядит сложнее, подчиняясь закономерностям циркулярных взаимовлияний.

Особенности эмоционального реагирования и поведения родителей могут создавать определенные трудности в работе детского психиатра и медперсонала, вызывая у них ответные неконструктивные реакции, что в итоге может препятствовать своевременному адекватному лечению и становится фактором риска профессиональных деформаций личности специалиста.

Ниже представлены некоторые повторяющиеся особенности поведения членов семьи с душевнобольным ребенком, которые специалисты могут расценивать в качестве «сопротивления», и предлагаемые тактика и приемы работы:

А) Члены семьи отрицают перспективы улучшения, тем самым, демонстрируя сопротивление даже возможным перемен.

Действия и позиция семейного психотерапевта:

- Говорить о потребностях членов семьи. С высокой вероятностью такая семья переживает отчаянье, и ей необходима, в первую очередь, поддержка, внимание и уважение.

- Изменить предлагаемый семье темп работы, характер интервенций, громкость голоса и другие характеристики настройки на контакт.

- Рекомендовать мероприятия с участием других семей, переживающих близкие проблемы для преодоления чувства изоляции.

Примером групповой формы работы с родственниками, при которых им принадлежит большая активность и инициатива, являются проводившиеся нами встречи по типу «балинтовских групп». Они способствуют обмену информацией и опытом между семьями, имеющими сходные проблемы, уменьшению напряжения, сплочению, делают возможными дискуссии по многим прежде «закрытым» вопросам, моделирование вариантов разрешения конкретных сложных ситуаций.

Б) Семья пытается передать ответственность за принятие решения о начале и необходимости занятий, за процесс и динамику изменений психотерапевту, например, в том случае, когда семью направил на консультацию другой специалист.

Действия и позиция семейного психотерапевта:

- Уважать способность семьи самостоятельно справляться со своими проблемами, а также признать за семьей право принятия решения о продолжении психотерапии (не жертвуя при этом своим правом ставить условия и рамки для занятий).

- Рассказать семье о возможных способах решения их проблемы, о других местах и специалистах, которые могут им помочь, о трудностях психотерапии, похвалив за то, что они «не спешат» принять столь ответственное решение и не «бросаются» в терапевтический процесс.

- Пригласить на встречу с семьей специалиста, их направившего.

В) Члены семьи пытаются объяснять семейные проблемы, как проблемы одного её члена – больного ребёнка.

Действия и позиция семейного психотерапевта:

- Расспросить их о трудностях родительства.

- Поговорить о том, какие ресурсы есть у ВСЕЙ семьи, а не только у ребёнка, и сфокусироваться на потенциале родителей, сиблингов и других членов семьи.

- Проанализировать с семьей предпринятые попытки решения и, если вывод об их неэффективности будет разделён членами семьи, то предложить «свежий» взгляд на проблемы семьи.

Г) Семья может объяснять проблемы внешними причинами.

Действия и позиция семейного психотерапевта:

- Обсудить реакции членов семьи на такое внешнее воздействие.

- Предложить семье не «искать внешнего врага», а взаимодействовать с окружением в общих интересах. Для реализации этой идеи психотерапевт может дать домашнее задание.

- Предложить аналогии, используя примеры из жизни систем другого масштаба, например, отношения между странами во времена холодной войны. Здесь от психотерапевта требуется хорошее знание истории и понимание социально-политических процессов.

- Пригласить на консультацию «внешних» людей, причастных к проблеме.

Большинство родителей детей с психотическими расстройствами нуждаются в психокоррекционной помощи, их активная позиция и конструктивные формы взаимодействия с окружающими, в том числе и специалистами, имеют важнейшее значение в успешности терапии, реабилитации и степени социальной адаптации ребенка. Корректное, понимающее и уважительное отношение к дезадаптивным реакциям родителей, возникающим в связи с психотическими расстройствами у детей, дестигматизирующее отношение специалиста позволяют повысить терапевтические возможности для ребенка и могут способствовать улучшению качества жизни всех членов семьи.

Литература:

1. Богомолов В.А., Ениколопов С.Н. Психосоциальные методы работы с семьями больных шизофренией: обзор исследований // *Трудный пациент*. – 2008. – № 8.
2. Лебединская К.С. Нарушения эмоционального развития как клиничко-дефектологическая проблема: автореф. дис. ... д. психол. наук. – М., 1992. – 55с.
3. Bateson G. et al. *Toward a Theory of Schizophrenia* // *Behavioral Science*. – 1956. – Vol.1. № 4.- p. 251-264.
4. Bettelheim B. *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. – New York: The Free Press, 1967.
5. Brown G.W. et al. *Influence of family life on the course of schizophrenic illness* // *Brit. J. Prev. Soc. Med.* – 1962.; 16: 55-68.
6. Fromm-Reichmann F. *Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy* // *Psychiatry*. – 1948. – 11 (3): 263-73.
7. Hahlweg K., Wiedemann G. *Principles and results of family therapy in schizophrenia* // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 1999. – 249: 4: 108-115.
8. Kavanagh D.J. *Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia* // *Br. J. Psychiatry*. 1992: 160: 601-620.
9. Pharoah F. et al. *Family intervention for schizophrenia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006. Issue 4.
10. Rummel C. et al. *Psychoeducation in schizophrenia—results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland* // *Schizophr Bull*. 2006; 32: 765-775.

СПЕЦИФИКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Ханько А.В.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко Санкт-Петербург

Первый эпизод шизофрении является тяжелым биологическим, психологическим и социальным стрессом для больного и его родственников [3]. Он затрагивает все значимые стороны жизни человека, приводит к глубоким внутренним переживаниям и во многом определяет его дальнейшую жизнь [2]. В подавляющем числе случаев он оказывается сопряженным с госпитализацией в психиатрический стационар, необходимостью лекарственной терапии, снижением трудоспособности, проблемами в личной жизни, выраженным эмоциональным дискомфортом и другими нежелательными для заболевшего и его близких явлениями.

Известно, что первые годы после начала заболевания являются тем «критическим периодом», когда происходят наиболее серьезные биологические, психологические и социальные изменения [1]. Поэтому отсрочка адекватного лечения после первых психотических проявлений приводит к нарастанию нейрокогнитивного дефицита, снижению социально-трудового функционирования и качества жизни больных, увеличению бремени болезни, удорожанию психиатрической помощи. Разумеется, в этой связи очевидна необходимость оказания

комплексной, осуществляемой полипрофессиональной бригадой специалистов, помощи пациентам с первым психотическим эпизодом, подразумевающей единство фармакотерапии и различных методов психосоциального лечения и реабилитации.

С этой целью в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 имени П.П. Кащенко в 2006-2007 гг. были открыты мужское и женское отделения первого психотического эпизода, рассчитанные на 40 коек каждое. Контингентом, которому оказывается помощь в данных отделениях, являются больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с длительностью заболевания не более пяти лет с момента манифестации, в течение которых отмечалось не более трех психотических приступов. Отделения осуществляют комплексную помощь, включающую психосоциальную терапию и реабилитацию, и работают на основе бригадного полипрофессионального ведения больных с участием психиатра, психотерапевта, медицинского психолога и специалиста по социальной работе. В лечении основной упор делается на использование атипичных нейролептиков, а также наиболее раннее присоединение психосоциальных вмешательств.

Наиболее важными задачами психосоциальной реабилитации пациентов с первым психотическим эпизодом являются восстановление нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных, социальных функций личности, а также оптимизация психологической адаптации пациентов к заболеванию и изменившейся под его воздействием жизненной ситуации. Для решения этих задач сегодня используются различные методы и формы психосоциальных вмешательств. К ним относятся: психообразование; тренинги когнитивных и социальных навыков; индивидуальная, групповая, семейная психотерапия; трудотерапия; эрготерапия; арт-терапия; терапия средой; досуговые, спортивно-оздоровительные программы; социально-восстановительная работа [6]. Однако наиболее устойчиво реализованными формами психосоциальной реабилитации в отделениях первого психотического эпизода больницы имени П.П. Кащенко являются психообразование больных и их родственников, тренинг когнитивных и социальных навыков, тематические арт-терапевтические группы и интегративная психотерапия – групповая и индивидуальная.

Психообразование представляет собой процесс обучения, направленный на обеспечение больных необходимыми знаниями в отношении собственного здоровья, влияющими на их установки и поведение [7]. Приоритет психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом объясняется рядом причин. Во-первых, пациенты испытывают выраженную растерянность в связи с отсутствием опыта болезни, госпитализаций и психофармакотерапии, дефицитом знаний о психических расстройствах, их прогнозе, методах и возможностях лечения и реабилитации. Во-вторых, психообразование способствует стимуляции активной позиции пациента в преодолении заболевания и его последствий, что особенно важно на начальных этапах болезни.

В задачи психообразования входит: выработка у больных и их родственников комплайенса, обучение распознаванию признаков начинающегося обострения, совладанию с остаточной психопатологической симптоматикой, улучшение адаптации пациента и его семьи, а также обеспечение участников группы психосоциальной поддержкой [5]. Основными принципами работы психообразовательной группы с пациентами с первым психотическим эпизодом являются следующие: 1) неавторитарный, доброжелательный стиль ведения занятий, с уважительным отношением к участникам, их чувствам, поступкам, переживаниям; 2) использование техник интерактивного обучения, таких как: обмен мнениями, обсуждение опыта болезни, эффект обратной связи, положительное подкрепление; 3) смешанный состав участников занятий по полу, синдромальным и личностным характеристикам, что облегчает преодоление в процессе групповой работы пассивности, отгороженности, напряженности и страха перед общением; 4) работа с опорой на сохраненные стороны личности пациентов; 5) высокая степень эмоциональной поддержки и избегание перегрузок; 6) четкая структура и последовательность занятий; 7) постепенное нарастание сложности предоставляемой информации и выполняемых заданий; 8) использование зрительного и слухового каналов восприятия информации; 9) стимуляция активности участников с постепенным усилением спонтанности в групповом взаимодействии.

Психообразовательные занятия проводятся нами в закрытых группах при участии врача психиатра и медицинского психолога в стиле групповой психотерапии. Начинаются занятия сразу после купирования острых проявлений заболевания, и в течение 3 недель проводится 10-12 занятий. Перед началом работы в группе на предварительном этапе происходит первичное индивидуальное консультирование, которое необходимо для оценки психического состояния пациента, выработки мотивации к занятиям и установления партнерских отношений. В процессе данного консультирования проводится психологическое исследование, выявляются сохраненные стороны личности, на которые можно будет опираться в процессе групповой работы, уточняются, в какой информации больной нуждается больше всего. Занятия осуществляются в специальном тренинговом помещении реабилитационного центра больницы, оборудованном компьютером, проектором, доской для иллюстраций. Состав группы – 10 пациентов: 5 мужчин, 5 женщин. Каждое занятие длится не более 1 часа. Постепенно учащается количество занятий в неделю и нарастает сложность информации и заданий.

Врач-психиатр берет на себя содержательную часть обучающей программы. Он предоставляет информацию о болезни, ее причинах, течении, прогнозе, симптомах, индивидуальных особенностях, роли и характере медикаментозной терапии и побочных действиях препаратов, раскрывает социально-правовые вопросы психиатрической помощи, направляет дискуссию, отвечает на вопросы, связанные с клинической картиной психического расстройства, медикаментозной терапией, юридически-

ми аспектами. Психолог следит за групповой динамикой и организационными моментами, поддерживает в группе атмосферу эмпатии и эмоциональной безопасности, проводит активизирующие игровые упражнения, стимулирует коммуникации, а также отвечает за психологическую часть учебной программы – обсуждение роли стресса в рецидивировании и течении заболевания, копинг-стратегий, проблем самостигматизации.

Краткое тематическое содержание психообразовательной программы имеет следующий вид: 1) причины, течение, прогноз психических расстройств; 2) расстройства настроения; 3) галлюцинации, нарушение мышления, бред; 4) фармакотерапия; 5) неправильное поведение, обусловленное болезнью, способы распознавания симптомов и контроль над ними; 6) стигма; 7) социально-правовые вопросы.

В отличие от пациент-центрированных образовательных программ, семейные программы ориентированы на помощь семье в целом, на налаживание внутрисемейных отношений. Они акцентируют внимание на сильных сторонах конкретной семьи и направлены на оптимизацию реакции членов семьи на факт развития тяжелого заболевания у близкого родственника [9]. Занятия проводятся в стиле интерактивного обучения по 10-12 встреч, длительностью 60-90 минут и с частотой 1 раз в неделю.

Еще одним устоявшимся видом психосоциальной реабилитации в отделениях первого психотического эпизода является тренинг когнитивных и социальных навыков, в основе которого лежат принципы швейцарской интегративной психологической терапии. Цель тренинга у пациентов с первыми приступами шизофрении заключается в том, чтобы в кратчайшие сроки восстановить или улучшить эффективность их психической деятельности и выработать адаптивные формы социального поведения. Основными задачами тренинга являются: усиление произвольной регуляции памяти и внимания; усиление коммуникативной направленности мышления; развитие социального восприятия; снижение интеллектуальной ангедонии; развитие регуляции своих эмоциональных состояний, мышления и поведения; отработка навыков социального поведения; обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем [8].

Основными принципами тренинга когнитивных и социальных навыков являются следующие: 1) смешанный состав участников занятий по полу и личностным характеристикам; 2) использование принципов социального научения – инструктирование, обратная связь, моделирование, разыгрывание ролей, социальное подкрепление, домашние задания; 3) четкая структура и последовательность занятий; 4) насыщение занятий положительными эмоциями – упражнения проводятся в игровой форме, отмечаются достижения и успехи участников; 5) избегание эмоциональных и информационных перегрузок; 6) четкая обратная связь со стороны ведущих при выполнении упражнений в плане правильности выполнения; 7) запрет на критику; 8) активизация и разгрузка путем чередования умственных и физических упражнений.

Занятия начинаются сразу после купирования острых проявлений заболевания и проводятся в течение 3 недель в закрытых группах в специальном тренинговом помещении в реабилитационном центре больницы. Перед началом работы в группе и на заключительном этапе проводится экспериментально-психологическое исследование с целью изучения эффективности воздействия. Состав группы – 10 пациентов: 5 мужчин, 5 женщин. Каждое занятие длится не более 1 часа. Постепенно учащается количество занятий в неделю и нарастает сложность информации и заданий. Ведущие – медицинский психолог и специалист по социальной работе.

Медицинский психолог дает инструкции к упражнениям и руководит общей последовательностью работы; предоставляет информацию в рамках подпрограмм тренинга; следит за правильностью выполнения упражнений и динамикой эмоционального состояния участников; дает необходимую обратную связь членам группы. Специалист по социальной работе помогает в ситуациях, требующих моделирования; стимулирует коммуникации в группе и поддерживает атмосферу эмпатии и взаимопомощи.

Тематические арт-терапевтические занятия с пациентами с первым психотическим эпизодом представляют собой разные формы работы с изобразительными материалами в закрытой группе, позволяющие больным выражать в художественной форме, а затем вербализировать свои мысли и чувства [4]. Эти занятия решают следующие важные задачи: повышение общей психической активности; улучшение коммуникативных способностей; развитие адаптивных моделей поведения; повышение самооценки; снижение уровня тревожности.

Занятия проводятся в закрытых группах по 7-9 человек с периодичностью 3 раза в неделю. Количество занятий – 9-11, длительность – 60-80 минут. Сессии имеют определенную структуру и включают в себя три основных этапа: введение и разминку, изобразительную работу, а также обсуждение рисунков и завершение. В роли арт-терапевта и ко-терапевта выступают медицинские психологи. Инструментарий – различные изобразительные материалы (краски, пастельные и восковые мелки, карандаши, клей, ножницы, бумага и т.д.). Примерные темы занятий: «Автопортрет»; «Моя линия жизни»; «Я и болезнь»; «Я и сообщество»; «Я после выздоровления» и т.д.

Интегративная психотерапия с пациентами с первым психотическим эпизодом направлена на проработку тревожащих пациентов мыслей и переживаний; помощь в адаптации к болезни и условиям пребывания в больнице; развитие мотивации к лечению; разрешение внутриличностных конфликтов; реконструкцию системы ценностей и установок; формирование конструктивных программ поведения; формирование личной ответственности за свое поведение и социальное функционирование; преодоление самостигматизации [1, 3, 7, 10]. Психотерапевтические мероприятия проводятся в индивидуальной и групповой форме в реабилитационном центре больницы.

цы при участии врача психотерапевта и медицинского психолога.

Еженедельно проводятся собрания членов бригады. На них проводится междисциплинарная оценка проблем каждого конкретного пациента – совместное обсуждение особенностей психического статуса, отношения к болезни, уровня социального функционирования и социальных проблем больного. На основании полученных в результате обсуждения данных составляется индивидуальный для каждого пациента план мероприятий, и все это заносится в «карту бригадной курации». Также на собрании членов бригады определяются особенности проведения психообразовательных и тренинговых мероприятий с каждым пациентом, их завершенность, эффективность достижения поставленных целей и задач, что также фиксируется в документации.

Таким образом, психосоциальное лечение пациентов в отделениях первого психотического эпизода представляет собой комплексное осуществление помощи на основе бригадного полипрофессионального ведения больных, строящееся на ранних индивидуальных, групповых и семейных психосоциальных интервенциях. Результатом этой помощи является ускорение наступления ремиссии, уменьшение когнитивных и социальных потерь, а также активизация копинг-ресурсов и улучшение адаптации пациентов.

Литература:

1. Гурович И.Я. Оказание комплексной полипрофессиональной помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями на этапе их дальнейшего ведения / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Л.Г. Мовина и др. // Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь: Методические рекомендации, пособие. – М.: ООО «ИПУЗ», 2009. – С. 431-448.

2. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб.: Изд-во НИИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 468 с.

3. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении): методические рекомендации / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Е.Б. Лобов и др. – М.: Московский НИИ психиатрии, 2007. – 23 с.

4. Копытин А.И. Арт-терапия психических расстройств / А.И. Копытин. – СПб.: Речь, 2011. – 368 с.

5. Краснов В.Н. Психиатрическая помощь больным шизофренией: клиническое руководство / В.Н. Краснов, И.Я. Гурович, С.Н. Мосолов, А.Б. Шмуклер. – М.: Медпрактика-М, 2007. – 260 с.

6. Лиманкин О.В. Отделения первого психотического эпизода в психиатрическом стационаре: нарушение канона или развитие / О.В. Лиманкин, А.П. Отмахов, Е.Е. Ершов // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах) / Под ред. О.В. Лиманкина. – Т.2. – СПб., 2009. – С. 116-121.

7. Первый психотический эпизод: проблемы организационной помощи больным и ее эффективность / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, А.С. Дороднова и др. // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. – М.: Медпрактика-М, 2007. – С. 174-187.

8. Холмогорова А.Б. Клиническая психология: в 4 т.: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, М.С. Радионова, Н.В. Тарабрина / Под ред. А.Б. Холмогоровой. – Т. 2. Частная психология – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – 432 с.

9. Hatfield A. Family education: theory and practice / A. Hatfield // New Direct. Mental Health Serv. – 1994. – Vol. 62. – P. 3-12.

10. Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: a randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms / C. Jackson, P. Trower, I. Reid et al. // Behaviour Research and Therapy. – 2009. – Vol. 47. – P. 454-462.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА ПРОЯВЛЕНИЯ НАСИЛИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Шадров В.В.

*Психиатрическая больница специализированного типа
с интенсивным наблюдением
Санкт-Петербург*

С того времени, когда впервые перед специалистами в области психического здоровья стала возникать необходимость прогнозирования опасного поведения психически больных, накоплено немало данных о том, как такое поведение связано с теми или иными факторами и как их можно выявить у конкретного пациента. Уже тогда стало очевидно, что надежная оценка риска агрессии является комплексной задачей, включающей не только медицинские, но и социальные, правовые, криминалистические, психологические и другие аспекты. Поэтому, в мировой судебно-психиатрической практике стали широко применяться специально разработанные комплексные методики оценки риска насилия, значительно повышающие прогностическую надежность, по сравнению с простым клиническим обследованием. В нашей стране изучение этого вопроса долгое время велось изолированно, что к настоящему моменту привело к значительным трудностям в освоении и распространении указанных методик и внедрению их в повседневную практику.

На современном этапе сложилась следующая рекомендуемая схема обследования и ведения пациента отно-

сительно риска проявления им насилия (De Apodacaetal., 2015; Hart, Logan, 2011; Альфарнес, Булыгина, 2009):

1. Клиническое обследование. Помимо общепринятых составляющих, оно должно включать выявление особенностей преморбидной личности, преобладающих паттернов поведения и отношений с окружающими до и после начала заболевания, социальный и криминальный анамнез, сбор данных о несоблюдении лечебных рекомендаций и режима. Для получения информации необходимо также привлекать официальные документы, такие как акты экспертиз и освидетельствований, медицинские сведения, справки с мест учебы и работы, бытовые и школьные характеристики, справки о привлечении к административной и уголовной ответственности, а также опрашивать родственников и других свидетелей.

2. Анамнестический подход и применение инструментов классификации насилия. Этот этап является естественным продолжением предыдущего. Анамнестический подход предполагает целенаправленный детальный разбор всех случаев проявления насилия пациентом. Необходимо выяснить, характер, повторность совершенного, и его связь с психическим состоянием. Важно, были ли проявления насилия стереотипны, совершались ли они по отчетливым мотивам, какие условия им сопутствовали и проч. Широко применяемую в России «формулу общественной опасности» (Котов, 2001) можно отнести к полу-структурированным инструментам классификации насилия, которые применяются на этом этапе обследования. Такие инструменты не имеют прогностической направленности и информативны при выявлении четкой связи между синдромом и опасным поведением, которое проявляется стереотипно по одному и тому же механизму.

3. Психологическое обследование. При нем уделяется особое внимание тестам, направленным на детализацию проблем в отношениях с окружающими, выявлению устойчивых дезадаптирующих паттернов поведения, эмоционально-волевых и когнитивных нарушений, а также дестабилизирующих факторов и стратегий совладания со стрессом. Применяются и специальные тесты, направленные на выявление агрессивности, например, Hand-test. Интересно, что при всей важности выявления патологии личности, такие общепринятые личностные методики, как MMPI, имея большое общепсихиатрическое значение, дают очень мало информации для оценки риска насилия.

4. Применение актуарного инструмента. Эти инструменты стали широко применяться с середины 90-х годов прошлого века и развивались на основе статистических методов прогнозирования, используемых в сфере страхования. По сути, они представляют собой набор факторов риска, статистически коррелирующих с фактическим проявлением насилия в большом числе случаев с известным исходом. Оценка риска насилия в каждом конкретном случае строится на определении числа и степени выраженности присутствующих факторов риска, кодирование которых проводится по строго определенной схе-

ме. Первые подобные инструменты, такие как VRAG и SORAG, включают только статичные факторы риска; более развитые, такие как вторая версия HCR-20, используют комбинацию статичных и динамичных факторов, а, например, VRSи VRS-SO основываются преимущественно на динамичных факторах и целенаправленно используются для регистрации изменения риска в ходе лечения и других коррекционных вмешательств. На сегодняшний день разработан целый набор инструментов, ориентированных на разные возрастные группы, т.к. факторы, имеющие значение для взрослых, могут быть неприменимы для подростков или детей, и наоборот. Также некоторые инструменты разделены по полу, наличию или отсутствию психического заболевания и пр. Кроме того, различные инструменты рассчитаны на оценку риска насилия в определенных условиях – в школе, на работе, в отношении супругов, для стационарных или амбулаторных больных и т.д. Наконец, существуют отдельные шкалы для прогнозирования сексуального насилия. Результат проведенного исследования обычно выражается в простой сумме баллов, которая условно сопоставляется со степенью риска или уровнем и неотложностью необходимого вмешательства. Актuarные методики в многочисленных исследованиях показали большую прогностическую точность по сравнению с клиничко-анамнестическим обследованием, что послужило значительным стимулом для их внедрения и усовершенствования (Douglasetal, 2014). Это стало первым опытом применения принципов доказательной медицины в данной области.

5. Применение инструмента структурированного профессионального суждения. Опыт практического применения и масштабные статистические исследования актuarных методик принесли много сведений о том, какая именно информация о пациенте имеет наибольшую прогностическую значимость относительно его опасного поведения в будущем. Однако методика обработки этой информации и вынесения на ее основе заключений нуждались в усовершенствовании. Так, выявление небольшого числа факторов риска дает низкий балл по актuarной методике, но в некоторых случаях это не означает малый риск проявления насилия. Например, если обследуемый совершил изнасилование ребенка и у него выявляется сексуальное влечение к детям, то даже при отсутствии других факторов, риск совершения повторного деликта будет очень высок. Поэтому, было предложено оценивать не только присутствие и выраженность факторов риска, но и их значимость, актуальность. Значимыми считаются факторы, которые явно способствовали проявлению насилия в прошлом, которые могут повлиять на решение действовать агрессивно или на способность придерживаться неагрессивных способов решения проблем в будущем (например, явные антисоциальные установки, психическое расстройство или злоупотребление психоактивными веществами), а также те, которые негативно влияют на возможность применения мер по снижению риска (Douglasetal, 2014). Исследователь не суммирует баллы по всем признакам, а пытается определить, какую

роль каждый фактор играет в данном случае и на основании этого формулирует заключение о том, каков риск проявления насилия, чего именно следует ожидать и какие меры необходимо принять для снижения этого риска. Считается, что такое исследование сочетает в себе сильные стороны актuarных инструментов и клинического исследования. Этот подход получил название «*Структурированное профессиональное суждение*» (Structured Professional Judgment, SPJ) и, по выражению Hart, развивался «от формулы к формулировке» (Hart, Logan, 2011). Попытки использовать такой подход предпринимались и с изначально актuarными методиками, например, с HCR-20, что в итоге привело к созданию ее новой, третьей, версии, ставшей золотым стандартом SPJ инструментов. На сегодня она является самой изученной и самой распространенной методикой не только для определения риска насилия, но и для разработки плана управления риском (Douglasetal, 2014). Специализированными инструментами этой группы являются: SAVRY– для оценки риска насилия у подростков; SARA– для оценки риска домашнего насилия; SVR-20 иRSVP– для сексуального насилия и другие (Heilbrunetal, 2010).

6. Применение инструмента оценки защитных факторов. Следующим шагом на пути развития методов оценки риска насилия стало создание инструментов, основанных на учете не факторов риска, а, напротив, защитных факторов, присутствие которых коррелирует с установлением социально-приемлемого поведения. При этом отсутствие фактора риска не является само по себе защитным фактором и наоборот. На сегодняшний день единственным таким инструментом остается методика SAPROF, которая имеет две версии – для взрослых и для подростков. Использование этой методики может значительно увеличить количество «мишеней» для психотерапевтической, коррекционной и социальной работы с пациентом, способствуя тому, чтобы не только препятствовать неприемлемому поведению, но и способствовать приемлемому.

7. Составление заключения по оценке риска. На основе информации, собранной на всех предыдущих этапах обследования, дается заключение, которое в идеале должно содержать цельное понимание того, почему обследуемый проявлял насилие в прошлом и почему, с какой вероятностью и при каких обстоятельствах он может сделать это в будущем. Конкретное содержание заключения во многом зависит от особенностей случая, а кроме того, различается при использовании разных теоретических представлений, объясняющих агрессию и насилие. Современные SPJ инструменты сами по себе содержат развернутые рекомендации по составлению заключения, а в дополнение к этому некоторые авторы предлагают собственные теоретические модели. Одна из таких моделей, называемая «*Поведение, сопутствующее совершенному*» (Offence Paralleling Behaviour), исходит из предпосылки, что поведенческие паттерны, сопутствующие в прошлом насилию относительно устойчивы, и в их изменении состоит основная задача вмешательства.

Определение признаков указанных паттернов в текущем поведении указывает на повышенный риск нового проявления насилия. Эта модель критикуется за недостаточную прогностическую направленность, малое статистическое обоснование и за то, что она не учитывает возможное влияние новых факторов и совершение опасных действий по другим механизмам. Другая часто используемая модель получила название «*Модель лучшей жизни*» (Good Lives Model). Она представляет насилие как проблемный путь обеспечения базовых потребностей, к которым могут относиться независимость, привязанность, безопасность и другие ситуации, к которым человеку свойственно стремиться. Проблемы обычно исходят из пренебрежения основными потребностями, конфликта интересов при их обеспечении и использования неэффективной стратегии их достижения или защиты. Эта модель рассматривает внутренние и внешние факторы, препятствующие реализации просоциального достижения основных потребностей и на этой базе создает план вмешательства. Однако, выявление четких факторов в каждом конкретном случае часто оказывается невыполнимо, что делает план вмешательства не вполне определенным. Еще одна модель является развитием психологической теории криминального поведения и обозначается как «*Теория решения*» (Decision Theory). В ее основе лежит представление о том, что решение действовать агрессивно в какой-то степени всегда является обдуманным. Оно может быть скоростным, основано на неверной или неполной информации, принято без должного внимания, но, тем не менее, является решением. В процессе его принятия выделяют четыре этапа. Во-первых, осознается сама возможность действовать агрессивно в данной ситуации, и этот вариант не отбрасывается как недопустимый. Во-вторых, оценивается возможная выгода от агрессивного поведения. Считается, что, как и для любой другой активности, в основе насилия лежит вознаграждение, и без учета этого невозможно понять причины агрессивного поведения. В-третьих, оцениваются возможные негативные последствия, такие как неприятные эмоции, преследование, опасения за собственное благополучие, связанные с совершением насилия, и принимается решение, что эти последствия приемлемы или их можно избежать. Наконец, в-четвертых, рассматриваются конкретные пути совершения насилия, способы преодоления практических барьеров и избегания неблагоприятного исхода. В рамках этой теории оценка риска проявления насилия строится на выявлении факторов, влияющих на принятие решения на всех указанных этапах. Мотивирующие факторы субъективно увеличивают предполагаемую выгоду от совершенного, блокирующие факторы препятствуют достаточной оценке негативных последствий, а дестабилизирующие факторы в целом нарушают способность контролировать принятие решения. В целом, какая бы теоретическая концепция ни использовалась исследователем, заключение должно логично и явно строиться на данных, полученных на предыдущих этапах, и содержать

в себе предпосылки для планирования вмешательства по управлению риском, если оно необходимо.

8. Разбор сценариев. На этом этапе делается прогноз относительно возможного дальнейшего развития событий. При этом, из всех возможных вариантов отбираются и подробно рассматриваются только те, которые выглядят цельными и наиболее вероятными в ближайшем будущем. Так, если принято решение о госпитализации обследуемого, то сценарии при его жизни в обществе не рассматриваются и наоборот. Под сценарием здесь понимается описание насилия, которое обследуемый может совершить. Это не предсказание будущего, а скорее размышления о том, что может произойти в свете данных о специфике случая. Обычно разрабатываются следующие направления: *Сценарий повторения*, или линейный сценарий, при котором исследуются все аспекты возможного повторения уже совершенных актов насилия. *Сценарий улучшения*, или оптимистичный, рассматривающий совершение менее тяжких деликтов. *Сценарий ухудшения*, или пессимистичный, рассматривающий увеличение тяжести или частоты проявлений насилия. *Сценарий изменения*, или побочный сценарий, при котором суммируются данные о возможном совершении насилия другого вида, по новому механизму, в отношении других жертв или в других обстоятельствах. Для каждого из разработанных сценариев составляется описание природы, тяжести, частоты и вероятности совершения насилия и определяются условия, при которых он может быть реализован.

9. Разработка плана управления риском. По результатам проведенного обследования принимается решение о том, какие именно необходимы мероприятия для снижения риска насилия. Определяется как общая стратегия, уровень, неотложность и интенсивность вмешательства, так и частные конкретные лечебные, коррекционные, режимные воздействия, а также меры по обеспечению безопасности возможных жертв. Целесообразно разделить запланированных вмешательств на ближайшие и долгосрочные. Относительно всех принимаемых мер должны быть установлены методы контроля их эффективности, и в соответствии с этим общий риск насилия должен переоцениваться с некоторой периодичностью. Это особенно важно делать при изменении положения обследуемого, например, при переводе со стационарного лечения на амбулаторное и при принятии других режимных решений (Heilbrunetal, 2010).

Описанная схема является результатом многолетней практической и исследовательской работы большого числа авторов и постоянно совершенствуется. При этом очевидно, что оценка риска насилия и управление этим риском выходят далеко за рамки диагностики и лечения психического заболевания опасного пациента. Однако, приходится признавать, что в России эта схема если и применяется, то в крайне редуцированном виде. Это связано в первую очередь с тем, что российским врачам и другим профессионалам в данной области практически недоступны и обширная мировая специальная литература, и обучающие программы по оценке риска насилия

(Альфарнес, Булыгина, 2009). Кроме того, на пути внедрения многих методов мы сталкиваемся с трудностями, которые рассматривались и были преодолены в мировой практике еще в 80-90-х годах прошлого века (Monahan, 1981). Сюда относятся и укоренившееся представление о невозможности достаточно надежного прогнозирования опасного поведения, и происходящая от этого неспецифичность вмешательств с упором на ограничение свободы больных, и нежелание врачей брать на себя ответственность по оценке риска.

В Санкт-Петербургской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением проводится работа по усовершенствованию методологии оценки риска проявления насилия у психически больных, переводятся и внедряются в практику некоторые из указанных методик. Первые практические наблюдения говорят о большой перспективности этой работы.

Литература:

1. Альфарнес С.А., Булыгина В. Г. Структурно-динамические процедуры оценки риска насилия с помощью HCR-20 и V-RISK-10. // *Российский психиатрический журнал*. – 2009. – 6. – С. 12-18.
2. Котов В. П. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей. – М.: ГНЦСпИм. В.П. Сербского, 2001. – С. 326-338.
3. De Apodaca R.F., Blake B.T., Stevens L.P. Risk Assessments in Violence and Sex Cases: Current, Practical Advice for Attorneys Employing Mental Health Experts. // *American International Journal of Social Science*. – 2015. – 4:1. – P. 13-20.
4. Douglas K.S., Hart S.D., Webster C.D., Belfrage H., Guy L.S., Wilson C.M. Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview. // *International Journal of Forensic Mental Health*. – 2014. – 13:2. – P. 93-108.
5. Hart S.D., Logan C. Formulation of Violence Risk Using Evidence-Based Assessments: The Structured Professional Judgment Approach. Forensic case formulation. /Ed. by Sturmey P., McMurrin M. – 2011. – P. 83-106.
6. Heilbrun K., Yasuhara K., Shah S. Violence Risk Assessment Tools: Overview and Critical Analysis. *Handbook of Violence Risk Assessment*. /Ed. by Otto R.K., Douglas K.S. – 2010. – P. 1-17.
7. Monahan J. Predicting Violent Behavior: An Assessment of Clinical Techniques. – 1981. – P. 27-31.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ АНОМАЛИЙ ЛИЧНОСТИ, ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ ВИКТИМНОСТЬЮ Шигашов Д.Ю.

ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина
Санкт-Петербург

Проблема взаимовлияния биологического и социального в развитии и формировании личности остается одной из актуальных областей научного познания о человеке. В ее изучении одни авторы пытаются уделить больше внимания биологическим условиям, отстаивая тем самым генетическую предрасположенность индивида к тем или иным проявлениям психического развития. Так, в частности, по утверждению Н.Ж. Ейсенк [1], в интеллектуальном развитии человека более 80% принадлежит факторам наследственности и только 20% зависит от сферы обучения и воспитания. Другие акцентируют внимание на значении социальных факторов, считая условия воспитания и обучения доминирующими в развитии психических свойств индивида.

В соотношении биологического и социального проявляют себя две формулы: 1) внешние причины действуют через посредство внутренних условий; 2) внутреннее действует через внешнее и этим само себя изменяет. Эти формулы, как отмечает Б.С. Братусь, достаточно полно «отражают реальное движение личности, постоянное кольцевое взаимодействие, взаимодействие внутреннего и внешнего, бытия и сознания» [2, с. 40].

Таким образом, развитие и формирование индивидуально-психологических особенностей личности на различных этапах онтогенеза зависят от ряда взаимовлияющих факторов, значение удельного веса которых меняется в каждом конкретном случае. Так, на этапе новорожденности особую роль играют факторы биологические, например, наличие токсикоза беременности, асфиксии в родах, посттравматические явления и пр., которые могут оказать свое влияние на развитие предпосылок интеллектуальной деятельности в период дошкольного детства. Или при нормальных конституционально-генетических условиях рождения в первые месяцы и дальше ребенок находится в специфических условиях социальной депривации (например, воспитание в условиях детского дома), что может оказать существенное влияние на развитие его сенсомоторной сферы, а также способностей к общению. Ряд тех или иных примеров можно приводить для каждого возрастного этапа. И мы увидим, что на каждом из этих этапов обнаруживают себя клинико-биологические, социально-психологические образования, представляющие собой варианты различных уровней физического и психического здоровья.

Под внутренними (биологическими) факторами мы понимаем целый комплекс конституционально-генетических, физиологических, эндокринологических и других систем, функционирующих в условных границах «нормы». По мнению П.Я. Гальперина [3], здесь, скорее всего, более подходящим является термин «органическое», поскольку он не содержит, в отличие от понятия «биологическое», указания на «животное в человеке», а ориентирует, прежде всего, на имеющиеся анатомо-физиологические предпосылки, которые, бесспорно, играют роль в развитии человека, роль, наглядно проявляющуюся в отклонениях этого развития. Отклонения от состояния здоровья, то есть нормы, свидетельствуют о начале пограничного состояния (предболезнь) или болезни. Сама биологическая природа человека, работоспособность его функциональных систем изначально определяются комплексом конституционально-генетических факторов, к которым относят здоровую или патологическую наследственность, особенности протекания беременности, постродовые последствия, а также условия пребывания новорожденного в первые месяцы его жизни (своевременность питания, уход и прочее).

В дальнейшем биологическое функционирование организма человека, его соматическое (физическое) состояние следует рассматривать во взаимосвязи с психическим развитием. Исследования А.Н. Леонтьева и его сотрудников показали, что «биологически унаследованные свойства составляют у человека лишь одно из условий формирования его психических функций, ...условие, которое, конечно, играет важную роль... Другое условие – это окружающий человека мир предметов и явлений, ...который несет человеку истинно человеческое. Итак, если в высших психических процессах человека различать, с одной стороны, их форму, то есть зависящие от их морфологической «фактуры» чисто динамические особенности, а с другой стороны, их содержание, то есть

осуществляемую ими функцию и их структуру, то можно сказать, что первое определяется биологически, второе – социальное. Решающим при этом является содержание».

При изучении проблемы о роли биологических и социальных факторов в становлении человека на различных этапах психического онтогенеза исследователи обращаются к основным психологическим понятиям – «личность», «социальная ситуация развития», «деятельность», «общение» и др. На важность подобного подхода указывали многие исследователи. В частности, Д.Б. Эльконин отмечал, что, говоря о личности, следует больше внимания уделять не самой ее структуре, а особенностям ее развития: «...какова бы ни была идеальная схема структуры личности, главное – имеются ли возможности развития личности и как оно идет» [10, с. 503]. Эти требования в полной мере относятся и к изучению психологических феноменов при исследовании личности в условиях формирования различных ее аномалий.

Исследования сотрудников школы Л.С. Выготского убедительно показали, что социальная ситуация развития не есть простая совокупность отдельных элементов, характеризующих независимо друг от друга внешние условия ситуации и внутренние качества субъекта. Развиваясь и формируясь в деятельности и общении, личность устанавливает определенные социальные отношения исходя из сформировавшегося субъективного образа объективной реальности. Ведь не случайно Л.С. Выготский отмечал, что внешние элементы среды могут сами по себе не изменяться, но социальная ситуация развития в то же время может коренным образом перестроиться за счет совершившихся внутренних изменений субъекта.

Однако в реальных жизненных условиях конкретной личности социальная ситуация развития может включать в себя как имеющиеся в данный момент представления (образ, составляющие его элементы) об окружающем, так и отсутствующие. Они открываются для личности в процессе познавательной деятельности, общения. Кроме того, они могут быть актуализированы личностью в перспективе будущего и влиять, таким образом, на формирование субъективного представления, открывать его возможную или желательную динамику. Эти вопросы особенно актуальны для подрастающего человека, накапливающего социальный опыт общения, деятельности. Здесь следует отметить, что не всегда этот опыт оказывает то необходимое влияние, которое определяется условиями воспитания и обучения или воздействия и является как для самой личности, так и окружающих ее лиц положительным. То есть формирующиеся позитивные и негативные личностные образования следует рассматривать сквозь призму так называемой «внутренней позиции» – оценки и самооценки личности по отношению к себе самому и жизни в целом. По мнению Е.Т. Соколовой, Я-концепция личности в самооценке характеризуется размытостью аффективных и когнитивных процессов, что обуславливает отсутствие психологически четких границ Я и не-Я, порождает феномены искажения образа Я и самооценки [7].

Таким образом, именно внутренняя картина психического состояния субъекта (его потребности, иерархия мотивов поведения и деятельности, познавательные психические процессы, проявления критичности, переживания и пр.), которая на том или ином этапе онтогенетического развития в определенной социальной ситуации может выступать как с позитивными, так и негативными личностными образованиями, явилась предметом настоящего исследования в целях изучения особенностей формирования аномалий личности на ранних этапах ее развития [9]. В нашем исследовании единицей такого анализа выступали негативные («девиантные», «отклоняющиеся») формы поведения у детей и подростков. Их проявление может иметь место и у здоровых детей, и у психически больных. Однако формирование аномалий личности и в том, и в другом случае имеет свои особенности.

Изучение аномалий личности является предметом исследования ряда наук: психиатрии, психологии, коррекционной педагогики, каждая из которых использует понятие «аномалии» несколько в своем ракурсе. Различие методологических подходов при изучении нарушений психической сферы человека показывает, что в терминологическом отношении одни и те же явления получают самое разное свое обозначение: «расстройства», «нарушение», «изменение», «искажение», «аномалии», «дефект», «патология» и др.

В психиатрии аномалии личности рассматриваются в контексте как непродуктивной, так и продуктивной психопатологической симптоматики, то есть в связи с нарушениями в интеллектуальной и личностной сферах, обусловленными типом течения заболевания.

В патопсихологии аномалии личности анализируются как изменения в психической деятельности при патологических состояниях мозга, связанных с психическими или соматическими заболеваниями. А поскольку каждое заболевание мозга, также как и соматические заболевания, влияющие на функционирование мозга, приводит к нарушению нормального протекания высшей нервной деятельности, в результате чего существенно изменяются психические процессы, состояния и свойства личности (восприятие, запоминание, мышление, сложная целенаправленная деятельность, мотивация поведения и деятельности и др.), то предметом патопсихологии, как отмечает Ю.Ф. Поляков, становятся такие проблемы: биологические и социокультурные закономерности аномального развития; механизмы симптомообразования; индивидуальные, личностные и мотивационные факторы в детерминации структуры и динамики психопатологических синдромов [5].

В специальной психологии, коррекционной педагогике термин «аномалии» употребляется в следующем сочетании: «аномальные дети», дефект которых обусловлен диффузным поражением коры головного мозга (умственно отсталые), нарушением деятельности анализаторов (глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, слепоглухонемые), недоразвитием речи при сохранении

слуха (афалики, афазики). Первичный дефект в этих случаях вызывает многообразные и сложные вторичные изменения в психике аномального ребенка и его личности. А поэтому основными задачами специальной психологии и коррекционной педагогики являются изучение закономерностей психического (компенсаторного) развития за счет замещения и перестройки нарушенных функций, формирования личности у разных категорий аномальных детей под воздействием специальных методов и приемов воспитания и обучения.

Таким образом, общим в предмете исследования различных научных дисциплин о человеке является психика и, прежде всего, в том ее аспекте, когда речь идет о психических нарушениях, отклонениях, аномально-личностных образованиях, первичных и вторичных дефектах и их компенсации в процессе специального обучения и воспитания. При этом нарушения, отклонения, аномалии, дефект рассматриваются в соотношении с психическим и физическим здоровьем или нормой, границы которой весьма расплывчаты.

В наших исследованиях, посвященных норме и аномалиям в формировании личности, мы исходили из того, что соматическое (физическое) и психическое (душевное) здоровье человека детерминировано образом его жизни, преобладанием в статусе поведения определенных жизненных норм, выработанных обществом. Мы, используя метод поперечного наблюдения, попытались изучить особенности усвоения социального опыта, проявляющегося в общении, деятельности и других сферах у детей и подростков с различными послылками психического развития. Было выдвинуто предположение, что аномалии личности как отклоняющиеся от условной нормы негативные проявления в различных психических сферах могут приобретать характер от неустойчивой-устойчивой ситуативно обусловленной психофизиологической реакции, поведения до иерархически измененной в потребностно-мотивационном и эмоционально-волевом плане структуры деятельности.

Под аномалиями личности мы понимаем иерархию негативных изменений в психических новообразованиях индивидуума, обусловленных влиянием социальных и органических факторов. С нашей точки зрения, аномалии личности отражают совокупность нарушений психической сферы, детерминированных либо влиянием экзогенных (внешних) факторов, либо влиянием эндогенных (внутренних, патобиологических) факторов, характеризующих особенности течения психического заболевания. В первом случае аномалии личности рассматриваются как ситуативно обусловленные и легко обратимые психологические симптомокомплексы под влиянием лечения и коррекции, во втором – как специфические нарушения психической деятельности и личности в связи с этиопатогенезом психического заболевания, когда эффективность обратимости психопатологической и патопсихологической симптоматики зависит от тяжести болезни, терапевтической и коррекционной тактики.

Виктимность (от лат. *victima* – жертва) – склонность стать жертвой преступления, другими словами – это особенности личности и поведения индивида, навлекающие на него агрессию со стороны других людей. Фактически, любое лицо, оказавшееся в ситуации потерпевшего, психологически переживает феномен насилия над собственной личностью, вследствие чего его поведение как до возникновения насилия, так и после него может выступать предмет исследования различных специалистов – юристов, психологов, педагогов, врачей-психиатров и др. С юридической точки зрения, фабула правонарушения с проявлением насилия, поведение потерпевшего содержит в себе совокупность признаков, позволяющих правонарушителю реализовать насилие для удовлетворения намеренной цели преступления.

Иными словами, как отмечает Л.В. Франк, виктимность – это реализованная преступным актом «предрасположенность» потерпевшего стать таковым, то есть, «способность стать при определенных обстоятельствах жертвой преступления» или неспособность избежать опасности там, где она объективно могла быть предотвращена [8, с. 22]. Автор уточняет позже, что способность стать жертвой преступления или неспособность избежать преступного посягательства может быть как реализованной, так и потенциальной [8, с.108]. Это свидетельствует в пользу психологических феноменов виктимности, когда предрасполагающими факторами в поведении будущего потерпевшего выступают определенного рода индивидуально-личностные и конституциональные характеристики, учитываемые преступником при подготовке и совершении преступления.

Другие авторы отмечают, что в структуре виктимности присутствуют такие личностные характеристики, как бездействие, пассивность, эмоциональная выхолощенность. Так, Д.А. Сорокотягина считает, что бездействие жертвы, провокационные и рискованные, неосмотрительные действия способствуют реализации преступником его противоправных проступков, а в ряде случаев «терпеливое отношение» к систематическому истязанию выступает мотивирующим фактором в совершении преступления. Очевидно, что данные особенности поведения проявляются как реакция личности на преступление, при которой происходит соскальзывание на более инфантильные типы реагирования, присущие личности потерпевшего на более ранних этапах онтогенеза.

При анализе явлений виктимности и особенностей ее проявления у различных лиц-потерпевших различают несколько ее видов [4]:

- групповую виктимность (виктимность отдельных групп населения, категорий людей, обладающих сходными параметрами);

- объективно-видовую виктимность (виктимность как предпосылку и следствие различных видов преступлений);

- субъектно-видовую виктимность (виктимность как предпосылку и следствие преступлений, совершаемых различными категориями преступников).

Соотнесение внешних (объективных) и внутренних (субъективных) факторов в анализе понятия «виктимность» позволяет учитывать в каждом конкретном случае причинно-следственные характеристики, что способствует установлению истины в судопроизводстве.

Классификация виктимного поведения предполагает учет не только социально-психологических, клинических, но и в правовом отношении профилактических факторов, позволяющих правильно оценивать особенности поведения потерпевшего и обвиняемого в ситуации инкриминируемого последнему деяния [6].

В основу классификации В.Я. Рыбальской [6] положены факторы, обуславливающие виктимность:

а) виктимность как совокупность социально-психологических свойств личности, связанных с особенностями социализации последней (виктимогенная деформация личности);

б) виктимность как исключительно социальное, «безличное» свойство, обусловленное выполнением некоторых социальных функций (профессиональная или «ролевая» виктимность);

в) виктимность как биофизиологическое свойство личности (возрастная виктимность);

г) виктимность как следствие патологического состояния личности («патологическая» виктимность).

Автор не исключает, что в реальной жизни те или иные разновидности виктимности сопутствуют друг другу, или накладываются друг на друга.

Итак, виктимность обусловлена совокупностью личностных, поведенческих качеств, взаимодействующих с внешними факторами в определенных ситуациях.

Исследование виктимности требует подхода с точки зрения психологии, чтобы получить ответ на основной вопрос, стоящий перед виктимологией: почему именно этот человек или эта категория людей становятся жертвами преступлений? Для этого потребуется установить, в какой мере волевые, эмоциональные и другие психологические и социальные процессы, а также черты личности влияют на степень виктимности тех или иных лиц, как эти черты проявляются в критических ситуациях, почему при сходных обстоятельствах одни так легко становятся жертвами мошенничества, изнасилования, грабежа, а другие благополучно минуют опасность.

Литература:

1. Айзенк Г. Дж. (*Eysenck H.J.*) *Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии.* // *Психологический журнал.* – 1994. – Т. 14, №4. – С. 3-19.
2. Братусь Б.С. *Аномалии личности.* – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
3. Гальперин П.Я., Запорожец А.В., Карпова С.Н. *Актуальные проблемы возрастной психологии: Материалы к курсу лекций.* – М.: Изд-во МГУ, 1978. – 118 с.
4. Николаева Ю.В. *Виктимологические аспекты профилактики преступлений в отношении несовершеннолетних.* // *Адвокат.*, – 2007. – №7. – С. 62-76.

5. Поляков Ю.Ф. *Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении*. – М.: изд. Ин-та психиатрии АМН СССР, 1982. – 203 с.

6. Рыбальская В.Я. *Виктимология и профилактика правонарушений: Сборник научных трудов*. – Иркутск, 1979. – С. 68.

7. Соколова Е.Т. *Насилие и пограничные расстройства личности. Дети России: насилие и защита: Мат. Всеросс. научно-практ. конф.* – М., 1997. – С. 56-57.

8. Франк Л.В. *Потерпевшие от преступления и проблемы советской виктимологии*. – Душанбе: Ирфон, 1977. – 237 с.

9. Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А. *Механизмы виктимизирующего воспитания*. //Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина, – 2012. – Т.5. №1. – С. 48-54.

10. Эльконин Д.Б. *Избранные психологические труды*. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.

РАЗВИТИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО НАПРАВЛЕНИЯ М.М. КАБАНОВА В ИНТЕГРАТИВНОМ МЕТОДЕ АНАЛИТИКО-СИСТЕМОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Эйдемиллер Э.Г.¹, Медведев С.Э.²

¹ Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова

² Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург

М.М. Кабанов – выдающийся отечественный ученый и врач. В его жизни и деятельности отразились основные черты тех этапов развития нашего общества, свидетелем и участником которых он являлся.

Человек, прошедший через испытания лишениями блокады, репрессии и несправедливое заключение особенно остро осознает ценность свободы. Модест Михайлович без малого 40 лет возглавлял учреждение, деятельность которого направлена на освобождение жизни человека от оков душевного недуга. Более того, наряду с развитием современных методов лечения психических расстройств Модест Михайлович является основателем направлений психосоциальной реабилитации и деинституционализации в отечественной психиатрии.

Развитие этих тенденций в возглавляемом Модестом Михайловичем Институте оказалось столь эффективным именно благодаря его пристальному вниманию к современным методам психотерапии. М.М. Кабанов поддержал В.К. Мягер в создании семейной и супружеской психотерапии в СССР. Методы семейной психотерапии в

настоящее время являются наиболее эффективными в работе с детьми, подростками и взрослыми с различными видами психических расстройств.

Помогающая служба является неотделимой частью мировой культуры и, исходя из основного ее принципа, следует за клиентом. Именно поэтому преמודерну, модерну и постмодерну сопутствуют определенные тенденции в развитии нашей профессии (Александр Ф., Селесник Ш., 1995; Зельцер В., 1999, 2000; Эйдемиллер Э.Г., 2000, 2002). Кроме того, сама психотерапия становится драйвром перемен, активно влияя на социальные процессы.

«Постпостмодернизм» еще формируется, как и сам термин, обозначающий современные тенденции. На данный момент существует несколько вариантов: «псевдомодернизм», «цифромодернизм» и «метамодернизм» (Кирби А., 2006; Вермюлен Т., Аккер Р., 2010).

В эпоху преמודерна главенствующими методами психиатрии и психотерапии, сохранившими свое значение и сейчас, были различные религиозные ритуалы, гипноз и методы психотерапии, основанные на феномене внушения и самовнушения.

Для эпохи модерна, которая условно начинается с работ Р. Декарта и Д. Локка, характерно стремление отыскивать причинно-следственные связи, как в природе, так и в поведении людей. Важными инструментами в познании психики становятся психоанализ З. Фрейда и теория условных рефлексов И.П. Павлова.

Психоневрология В.М. Бехтерева, стала попыткой целостного понимания человека и его здоровья, болезней и предшественницей биопсихосоциальной модели болезни и здоровья человека.

Постмодернистская психотерапия, вбирая в себя наследие предшествующих этапов развития, приобрела ряд принципиальных отличий, породив новые идеи и подходы. Отношения психотерапевта и клиента становятся партнерскими, нет места «лечению кого-то кем-то». В постмодернистской психотерапии не ставится целью отыскание истины, поскольку истина – множество. Задаваемые психотерапевтом вопросы направлены на расширение и открытие переживаний и смыслов. Терапевт избегает роли эксперта. Основной его вклад в процесс изменения состоит в поддержании определенного стиля беседы (Boston P., 2000).

Классическая системная семейная терапия (ССТ), а затем и постклассические вытекающие из системной логики подходы, выводя проблему за рамки индивидуума, помещая ее в межличностное пространство и исследуя процесс языкового конструирования реальности, воплощает идеи постмодернизма в психотерапии (Фридман Дж., 2001; Шлиппе А.Ф., Швайтцер Й., 2011).

Современная медицина, воспринимая идеи системного подхода, следует по пути становления синергетики и ставит во главу угла концепцию положительной и отрицательной обратной связи (Аршинов В.И., 1999).

В отличие от системного подхода, в котором внимание акцентируется на связях частей в целом, синергетика исследует причины свойств системы. Логика моделиро-

вания человекомерных систем строится в направлении от метафоры к модели (Буданов В.Г. 2010).

Частое применение помогающими специалистами линейных (несистемных) моделей приводит к попыткам неоправданного расширения сфер их профессиональной компетенции помогающих специалистов и обуславливает их неосознаваемую заочную конкуренцию за пациента и его семью (Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2012).

На современном этапе развития науки и практики интеграция усилий помогающих специалистов становится неизбежным условием эффективной помощи человеку, семье, организации и сообществу.

В развитии психотерапии также отражаются современные интегративные тенденции. *Аналитико-системная семейная психотерапия (АССП)* – оригинальный метод психотерапии, представляющая собой синтез парадигм психоанализа, психологии отношений, системного, синергетического и нарративного подходов (Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., 2005; Медведев С.Э., 2009). Интегрируя классические и постклассические системные концепции, а также учитывая индивидуальные характеристики участников психотерапевтического процесса, АССП способствует созданию условий для личностного роста и самореализации каждого члена семьи с опорой на здоровые ресурсы семейной системы. Развитие психотерапевтического запроса от манипулятивного (X) к уровню родительской (Y) и супружеской (Z) эффективности (Эйдемиллер Э.Г., 1990, 2002, 2008) формирует картину позитивного будущего и оптимизирует функционирование семейной системы в целом. Изучение семейной истории в рамках концепции патологизирующего семейного наследования (Эйдемиллер Э.Г., 1994) позволяет учитывать трансгенерационные аспекты предрасположенности к развитию нервно-психических заболеваний.

Применение аналитико-системного метода способствует организации конструктивного взаимодействия помогающих специалистов (психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника) как между собой, так и с членами семьи пациента, страдающего нервно-психическим расстройством.

Формат АССП позволяет оказывать помощь пациентам и их семьям даже при наличии хронических и терапевтически резистентных болезненных процессов. АССП предоставляет новые возможности для лечения и реабилитации пациентов с выраженным снижением «социального возраста» (Doll E.A., 2011), а также детей и подростков, не мотивированных на психотерапию.

В настоящее время исследуется эффективность АССП в работе с семьями пациентов с различными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, в том числе и с семьями детей, страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания и желудочно-кишечного тракта.

В сравнительном, параллельном и рандомизированном исследовании доказано повышение эффективности реабилитационных мероприятий при применении АССП по сравнению с рациональной психотерапией при

параноидной шизофрении (Медведев С.Э., 2009, Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2012).

Результаты интеграции отражают основные положения системной теории. Целое становится большим, чем сумма составных частей, приобретая новые качества и достигая нового уровня эффективности.

Литература:

1. Вилкен Ж.П., Холландер Д. Восстановление и реабилитация. Пер с англ. И. Темирбулатова, Д. Шукурова. – Глобальная инициатива в психиатрии. – 2011. – 296 с.

2. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи: традиции и современное состояние / Э.Г. Эйдемиллер, И.М. Никольская, И.В. Добряков и др. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 6 (29) (Электронный ресурс). – URL: <http://mprj> (дата обращения: 02. 10. 2015).

3. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. 3-е изд., испр. и доп. – М.: Класс, 2010. – 208 с.

4. Шлиппе А. фон, Швайтцер Й. Системные интервенции. – СПб.: Издательство Вернера Регена. Немецкая школа коучинга и медиации; Gera: VWR-Verlag, 2013. – 184 с.

5. Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. – СПб.: Речь, 2012. – 207 с.

6. Bressi C. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness / C. Bressi, S. Mantenti, P. Frongia // *Psychother. Psychosom.* – 2008. – Vol. 77. – No. 1. – P.43-49.

7. Doll E.A. Measurement of social competence: a manual for the Vineland social maturity scale / E.A. Doll // Minneapolis: Educational Test Bureau, Educational Publishers. – 2011. – P. 698.

8. Medvedev S. Psychothérapie familiale et schizophrénie. Dynamique des indices systémiques d'adaptation et de psychopathologie // *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux.* – 2013. – No. 1 (50). – P. 105-118.

9. Schizophrenia. Core interventions on treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update addition): National clinical guideline number 82 / Ed. Kuipers E. et al. – G.B.: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. – 2010. – 494 p.

10. Seikkula J., Olson M.E. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics // *Family process.* – 2003. – Vol 42. – No.3. – P. 403-418.

СТАДИИ ПРИНЯТИЯ ФАКТА БОЛЕЗНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ КАК РЕСУРС ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ Ясникова Е.Е., Рыбалко В.О.

*Иркутский государственный медицинский университет
Иркутск*

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ВИЧ-инфекции [10] и некоторое снижение социальной напряженности по этой проблеме, ВИЧ остается смертельно опасной инфекцией в глазах сообщества.

По мнению ряда авторов, каждое новое заражение ВИЧ должно рассматриваться как психиатрический случай, и сопровождаться соответствующим психотерапевтическим вмешательством [1, 6, 10]. S. Himelhoch (2009) и G.J. Treisman, A.F. Angelino (2004) указывают, что психические расстройства, коморбидные ВИЧ-инфекции (чаще депрессия), взаимосвязаны с запоздалым включением в систему специализированной медицинской помощи, сохранением рискованного сексуального поведения и внутривенного употребления наркотиков, повышением риска дальнейшего распространения ВИЧ, а также более поздним началом высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), даже при длительном существовании показаний к её началу, и повышенным риском прерывания начатой схемы лечения.

Принятие факта наличия неизлечимой болезни проходит через пять стадий [7]: отрицание, гнев, “торги”, депрессия и принятие. Каждая из этих стадий представляет собой совокупность специфических форм психо-

логической защиты, психопатологических феноменов и психических расстройств [7, 8]. Нередкой является «хронизация» определённого типа реагирования на любой из стадий, с развитием соответствующего типа отношения к болезни – эйфорического, анозогнозического, ипохондрического и т.д. [7, 8]. Ситуация осложняется тем, что индивид может находиться на различных стадиях принятия в отношении различных стрессогенных факторов, ассоциированных с ВИЧ-статусом: например, принимать факт наличия у себя заболевания, но использовать гнев для совладания с его социальными последствиями, и иметь нереалистичные ожидания от принимаемой терапии, что определяется как стадия «торгов» или магического мышления [4, 7, 9]. Таким образом, итоговая картина реагирования на ВИЧ-статус, предстающая перед врачом или клиническим психологом на приёме, как правило, является мозаичной вследствие множественности форм и стадий реагирования на события, связанные с ВИЧ-инфекцией [1, 3, 4, 5, 9]. Понимание причин и механизмов развития данных форм реагирования у ВИЧ-инфицированных позволяет вырабатывать и использовать дифференцированные подходы к профессиональной психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту лиц, включая их мотивацию к специфическому лечению и изменению рискованного поведения [1, 4, 6].

Целью нашего исследования было определение взаимосвязи между реагированием на заболевание у ВИЧ-инфицированных на 4-ой стадии заболевания и приверженностью к ВААРТ.

В соответствии с поставленной целью решались следующие **задачи**:

1. Исследовать реагирование на заболевание у больных на 4-ой стадии ВИЧ-инфекции в соответствии с концепциями «стадий принятия факта неизлечимой болезни» Е. Kubler-Ross [7] и «типов отношения к болезни» А.Е. Личко и И.Я. Иванова [8].

2. Выделить группы типов реагирования на заболевание со схожими клинико-психологическими характеристиками в зависимости от степени адаптивности реакций.

3. Определить уровни приверженности к ВААРТ среди ВИЧ-инфицированных на 4-ой стадии заболевания.

4. Определить взаимосвязь типов реагирования на заболевание и приверженности к ВААРТ.

Материал и методы. Нами была проведена сплошная выборка ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в ВААРТ, в профильных медицинских учреждениях города Иркутска.

Критерии включения в исследование:

1. ВИЧ-инфекция, стадия 4 по Покровскому [10].

2. Показания к началу ВААРТ, определённые врачом-инфекционистом.

3. Информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

1. Органические, в том числе инфекционные заболевания ЦНС.

2. Психические расстройства психотического уровня.

3. Активная химическая зависимость.

4. Умственная отсталость и деменция.

Диагноз ВИЧ-инфекции во всех случаях выставился врачом-инфекционистом, и верифицировался методами иммуноблотинга и полимеразно-цепной реакции (ПЦР). Обследовано 110 пациентов. Средний стаж жизни с ВИЧ составил 153 ± 55 месяцев с момента выявления (более 12-ти лет).

В ходе структурированного интервью оценивалась типология реакций на ключевые события, связанные с ВИЧ-инфекцией: сообщение о ВИЧ-статусе, появление первых симптомов заболевания и факта необходимости лечения. Определялся актуальный тип реакции и все предшествовавшие типы.

Для описания типологии и динамики принятия факта наличия ВИЧ-инфекции мы использовали концепцию «стадий принятия факта неизлечимого заболевания» Элизабет Кюблер-Росс (Е. Kubler-Ross) [7], так как ВИЧ-инфекция является хроническим, неизлечимым и потенциально смертельным заболеванием. Также нами выделена не упоминающаяся у Кюблер-Росс анозогнозическая стадия реагирования, которая становится особенно значимой при длительных бессимптомных периодах заболевания [1, 8].

Таким образом, определяется шесть стадий принятия ВИЧ-инфекции как хронического, неизлечимого заболевания, требующего лечения:

1. Анозогнозия (от др.-греч. ἀ – не + νόσος – болезнь + γνῶσις – знание) – форма психологической защиты, при которой больной избегает осознания факта своей болезни, «не замечая» её. Больной может считать себя здоровым, не нуждающимся в обследовании и лечении, либо признавать у себя наличие другой, менее опасной болезни. На этой стадии больные стремятся жить прежней жизнью, особенно при отсутствии симптомов заболевания, что весьма характерно для бессимптомного течения ВИЧ-инфекции, или даже активнее начинают претворять в жизнь старые планы. Как правило, ПНПР у пациентов данной группы в рамках реагирования на болезнь не развиваются в силу использования таких копинг-стратегий, как вытеснение и диссоциация.

2. Отрицание как реакция отличается от анозогнозии более активным и более сознательным уклонением от принятия факта наличия болезни или её этапов (например, необходимости лечения). Больные активно убеждают себя, медицинский персонал и всех окружающих, что произошла ошибка вследствие путаницы, некомпетентности врача и других причин, либо отрицают сам факт существования ВИЧ-инфекции (так называемое «ВИЧ-диссидентство»). Мы считаем необходимым дифференцировать этот тип реакции от анозогнозического в силу того, что тревога, вызванная конфронтацией с заболеванием, переживается непосредственно, что выражается, во-первых, в активной деятельности пациента, направленной на опровержение заболевания, а во-вторых, в развивающихся расстройствах преимущественно тревожно-невротического спектра.

3. Реакция гнева выражается в доминирующем аффекте агрессии, злости, раздражения, либо угрюмости, направленной на всё происходящее вокруг. На этой стадии больные не склонны сотрудничать с медицинским персоналом в плане диагностики и лечения своего заболевания, вместо этого они могут вести образ жизни, усугубляющий течение заболевания или (если заболевание заразное, как ВИЧ-инфекция) способствовать его распространению. Выраженность и продолжительность этой стадии могут варьироваться в больших пределах. По-видимому, особенно сильной и дезадаптивной реакцией бывает у лиц, страдающих расстройствами личности кластера «В» (DSM-V), для которых патологическая агрессивность (активная и пассивная) является одной из основных личностных черт.

4. Стадия «магического мышления» или «торгов» характеризуется спадом эмоционального напряжения, которое достигается верой в возможность отсрочки неизбежного. На этом этапе пациент нередко обращается к религии, знахарству, альтернативной медицине и откровенным шарлатанам, либо нереалистично относится к возможностям лечения (например, ожидая полной элиминации вируса на фоне ВААРТ). По Кюблер-Росс, ведущим аффектом на этой стадии становится чувство вины, а степень эмоционального напряжения спадает.

5. Депрессивная реакция развивается при стихании реакции гнева и разочаровании в «магической» стадии. Для этой стадии характерны классическая депрессивная триада и любой из клинических вариантов депрессивного синдрома. По указанию Э. Кюблер-Росс, смещение фокуса внимания на самого себя в рамках депрессивной реакции является предвестником перехода к стадии принятия, в то же время эмоциональная фиксация на жизненных потерях, связанных с заболеванием, способствует «застреванию» на стадии депрессии.

6. Стадия принятия, в нашем понимании – это использование конструктивных копинг-стратегий для преодоления эмоционального дистресса, связанного со всеми аспектами ВИЧ-инфекции. Пациенты корректируют своё поведение, исправно принимают лечение, своевременно обращаются к врачам в случае изменения ситуации, придерживаются сотрудничающей позиции в общении со специалистами и другими больными.

Уровень приверженности к ВААРТ оценивался на основании самоотчетов пациентов и медицинской документации, заполняемой врачом-инфекционистом СПИД-центра. Учитывалась регулярность посещения врача-инфекциониста, заинтересованность в регулярности приёма препаратов, сотрудничающая позиция пациента по отношению к медицинскому персоналу, эпизоды «срывов» лечения, обострения заболевания и госпитализации в инфекционный стационар.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ по оценке приверженности к лечению [2], мы разделили всех участвовавших в исследовании пациентов на четыре группы:

1. «неприверженные», никогда не принимавшие ВААРТ несмотря на существовавшие показания к её началу;

2. «недостаточно приверженные», начавшие приём ВААРТ, но прервавшие её приём;

3. «приверженные», принимающие ВААРТ стабильно на протяжении не менее года

4. «начавшие ВААРТ» на момент включения в исследование.

Применялись также общий опросник здоровья университета Джона Хопкинса (GHQ), шкала депрессии Бека (BDI), симптоматический опросник (SCL), сокращённый миннесотский многофакторный опросник личности (СМОЛ) и методика «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ). Использовались методы описательной статистики, а также непараметрические методы: Манни-Уитни и коэффициент корреляции Спирмана. Также оценивалась приверженность к противовирусной терапии.

Результаты и их обсуждение. При определении стадий принятия факта наличия ВИЧ-инфекции были получены следующие результаты. У 68 пациентов в нашем исследовании первичная реакция на сообщение о ВИЧ-положительном статусе была определена как анозогнозическая. Эмоциональная реакция на диагностику ВИЧ-инфекции отсутствовала, пациенты возвращались к прежнему образу жизни, не интересуясь ни последствиями заболевания, ни возможностями лечения, что проявлялось такими фразами как: «Ну и что дальше?», «Мне это неинтересно». Подобным образом игнорировались изменения во всех сферах жизни, затрагиваемых болезнью [9]: отношений с родственниками, близкими, медицинским персоналом. Пациенты не меняли своё поведение, даже если оно являлось рискованным, не становились жертвами стигматизации, потому что не считали себя больными. По этой же причине они не проявляли никакого интереса к возможному лечению. 9 пациентов сохранили такое отношение к своему состоянию к моменту участия в исследовании, чему способствовало в том числе бессимптомное течение ВИЧ-инфекции у всех девяти пациентов. Никто из данного контингента больных никогда не принимал ВААРТ.

У 63 пациентов в нашей выборке в анамнезе была определена стадия активного отрицания, при этом у 11 из них она была определена после прохождения стадии анозогнозии, и ещё у 11 стадия отрицания была определена как актуальная. Переход к этой стадии характеризовался отчётливым аффектом страха, что проявлялось настойчивыми попытками доказать отсутствие вируса в организме. Часть пациентов из этой подгруппы сообщили о продолжительных внутренних диалогах, неизменно приводивших к выводу об отсутствии ВИЧ-инфекции на основании отсутствия симптомов или обесценивания значимости системы медицинской помощи. Другая часть пациентов высказывала мысли подобного рода открыто в беседе с врачом и другими пациентами, в ряде случаев даже требуя снятия диагноза. Типичными высказываниями для пациентов на стадии отрицания были фразы: «Да этого же никто точно не знает», «Я здоров, ваш анализ ошибочен». Наконец, некоторая часть пациентов начинала придерживаться идей так называемого «ВИЧ-диссидентства», открыто отрицая

сам факт существования ВИЧ как инфекционного агента. Даже если на фоне данного типа отношения к болезни развивались оппортунистические заболевания, они не связывались с ВИЧ-инфекцией и сниженным иммунитетом. Из 11 пациентов, у которых данный тип реагирования был определён как актуальный, 5 никогда не принимали ВААРТ, и были отнесены к группе неприверженных, и ещё 6 начинали приём ВААРТ, но прекратили при появлении побочных эффектов терапии, и были отнесены к группе недостаточно приверженных.

После слома первичной психологической защиты вся сила аффекта выражается непосредственно, что означает переход к стадии гнева. Данная стадия была определена в анамнезе у 26 пациентов, и ещё у 19 человек стадия была определена как актуальная. Факт наличия ВИЧ в организме для пациента становится реальным, однако индивид еще не готов принять собственную ответственность в отношении заражения ВИЧ. Результатом становится экстрапунитивное реагирование, сопровождающееся аффектом злости, раздражения, либо угрюмости по отношению к окружающим. Позицию по отношению к медицинскому персоналу можно определить, как конфронтующую, что роднит эту стадию с отрицанием. Часть пациентов из этой подгруппы легко аффектировались, считая себя несправедливо обиженными жизнью, что проявлялось, например, в следующих выражениях: «Да чтоб вам самим так заболеть!», «Вы ничего не можете знать, и не смейте мне указывать!». Другая часть пациентов начинала манипулировать своим состоянием или даже угрожать окружающим ухудшением своего состояния: «Вот перестану терапию принимать, посмотрю, как вы забегаете!». Наконец, третья часть пациентов данной подгруппы переживала данную стадию в форме развития открытого аутодеструктивного поведения: повышения дозы и частоты употребления алкоголя и/или опиатов, незащищённых сексуальных контактов, отказа от любого лечения даже в критической ситуации, *суицидальных попытках*. По-видимому, осознавая свою «инаковость», пациенты на описываемой стадии принятия болезни становятся жертвами стигматизации, в первую очередь – самостигматизации [5, 6, 9]. Большая часть группы (12 человек) были отнесены к группе недостаточно приверженных, так как начали ВААРТ в момент обострения заболевания и прекращали на фоне улучшения состояния здоровья или рецидива химической зависимости. 6 человек были отнесены к группе неприверженных, так как никогда не принимали ВААРТ, и один пациент готовился к первому в жизни назначению ВААРТ, поэтому был отнесён в группу начавших лечение. Интересно, что этот единственный пациент, принявший решение начать приём ВААРТ, находясь на этой стадии, демонстрировал гнев, полностью вытесненный из системы взаимоотношений с медицинским персоналом, и перенесённый в сферу профессиональной активности.

Общим для двух первых стадий является контрпродуктивный стиль реагирования: тем или иным образом пациенты не принимают факта заболевания и связанных

с ним изменений в жизни, в том числе необходимости лечения, не сотрудничают с медицинским персоналом, не готовы к изменению собственного поведения. Это позволяет нам объединить эти типы реагирования в одну группу реакций по типу активной психологической защиты.

Стадия «торгов», или «магического мышления» [8], была определена как актуальная у 29 больных, и ещё у 29 была выявлена в анамнезе. Во всех случаях пациенты сообщали о постоянных внутренних диалогах, направленных на убеждение самого себя в том, что болезнь излечима (а не на то, что она отсутствует, в отличие от отрицания), а также о ритуалах, имеющих символическое значение для больного в плане возможной отсрочки неизбежного. Постоянные «торги» указывают на чувство вины [7], а тревога, связанная с осознанием инфицирования ВИЧ, вытесняется и сублимируется в обсессивно-компульсивной симптоматике [8]. Сотрудничающая позиция, которую нередко демонстрируют пациенты, находящиеся на этой стадии, обманчива, так как пациент ждёт чудесного излечения любым способом, а некоторые пациенты переносят свою веру в сверхъестественное за пределы медицинского учреждения, обращаясь, например, к нетрадиционной медицине, религии или откровенным шарлатанам [7]. В группе пациентов, начавших лечение, стадия магического мышления была определена у восьми человек. Эти лица относились к факту назначения ВААРТ с необоснованным оптимизмом, ожидая полной элиминации вируса из организма на фоне приёма терапии. Такое же нереалистично оптимистичное отношение к терапии встречалось и среди пациентов, принимавших лечение, но прервавших его: из 9 больных этой подгруппы 7 прервали ВААРТ именно по причине улучшения самочувствия, которое было воспринято как признак полного выздоровления; ещё двое – по причине утомления сложной схемой терапии. Два пациента в нашем исследовании, никогда не принимавшие ВААРТ, также находились на стадии «торгов». В картине реакции на болезнь у них на первый план выходила вера в нетрадиционную медицину: один из пациентов посещал знахаря чаще и регулярнее, чем врача-инфекциониста центра СПИД; другой практиковал шаманские ритуалы самостоятельно. Наконец, среди высоко приверженных к ВААРТ пациентов, у которых было определено магическое мышление на момент исследования (10 человек), преобладало нереалистичное отношение к терапии (7 человек), менее распространённым было увлечение нетрадиционной медициной (3 человека), которое, однако, не являлось угрозой для приверженности на момент осмотра.

Таким образом, можно выделить два подтипа реагирования на необходимость приёма ВААРТ при ВИЧ-инфекции на стадии «торгов», которые можно обозначить как дезадаптивный и условно адаптивный.

Стадия депрессии была выявлена как актуальная у 30 пациентов, и ещё у 12 выявлена в анамнезе. На этой стадии психологические защиты, как правило, оказываются сломлены, и эмоциональная реакция выражается непосредственно. Аффект тревоги, тоски или отчаяния

клинически проявлялся депрессивной триадой симптомов, и любым вариантом депрессивного синдрома, что объективно подтверждалось в нашем исследовании психометрическими шкалами (шкала депрессии Бека, общий опросник здоровья). По-видимому, основным изменением во внутренней картине болезни на этой стадии в сравнении со стадией магического мышления является принятие факта личной ответственности за инфицирование ВИЧ и необходимость изменения поведения, включая необходимость лечения [1, 7]. С другой стороны, тяжесть психологического стресса и соответствующая выраженность симптомов значительно затрудняют изменение поведения на этой стадии [1]. Позицию к медицинскому персоналу и предлагаемому лечению у таких больных в большинстве случаев можно охарактеризовать как пассивно-выжидательную: пациент принимает факт наличия заболевания и необходимость лечения, однако он готов лишь к пассивному восприятию медицинской помощи, что несовместимо с особенностями применения ВААРТ как сложной многокомпонентной схемы, требующей крайне высокого уровня приверженности [1, 3, 4]. Ещё одним отличием от стадии активной психологической защиты и одновременно дополнительным стрессовым фактором является осознание и принятие социальных последствий болезни [9]. В высказываниях больных на этой стадии было выражено переживание смыслоутраты: «Нет смысла лечиться, если от меня все отвернулись», «Зачем что-то делать, к прежнему всё равно не вернуться». 12 пациентов из этой группы прервали регулярный приём ВААРТ на фоне развития депрессивной стадии реагирования, и поэтому были отнесены к группе недостаточно приверженных, ещё 2 человека никогда не принимали ВААРТ, и были отнесены к группе «неприверженных». Пациенты, начавшие приём ВААРТ на этой стадии (10 респондентов), демонстрировали пассивно-выжидательное отношение к социальной адаптации при ВИЧ-инфекции и состоянию здоровья, но не к приёму ВААРТ. Наконец 6 больных начали приём ВААРТ на стадии «торгов», и по мере разочарования в возможности полного излечения на фоне приёма ВААРТ и формирования более реалистичного представления о терапии был определён переход к стадии депрессии, не сопровождавшийся, тем не менее, снижением уровня приверженности.

Таким образом, стадия депрессии, как и стадия «торгов», может быть разделена на два подтипа: дезадаптивный и условно адаптивный.

Стадия принятия, наступающая после прохождения стадии депрессии, была определена в нашей выборке у 12 пациентов. Из них 10 – характеризовались стабильно высокой приверженностью к ВААРТ, и ещё двое готовились к старту терапии. Для этих пациентов было характерно принятие своего состояния и его последствий, включая изменения поведения и регулярный приём ВААРТ. Все они регулярно проходили диспансеризацию в профильном медицинском учреждении и были способные открыто обсуждать все возникающие вопросы с медицинским персоналом. Стадия принятия у данных

больных соответствует гармоничному типу реагирования на болезнь по типологии А.Е. Личко и И.Я. Иванова [8], и является целевым типом отношения к болезни и лечению среди данной группы больных.

Таким образом, всё многообразие типов реагирования на ВИЧ-инфекцию и её последствия, включая необходимость лечения, можно объединить в три группы: дезадаптивную, условно адаптивную и адаптивную.

Логично предположить, на основании литературных данных и собственных наблюдений, что имеется взаимосвязь типа реагирования на болезнь и отношения к лечению с уровнем приверженности к ВААРТ. Ожидается, что более адаптивные типы реагирования и более конструктивное отношение к лечению будет ассоциировано с более высоким уровнем приверженности по всем её аспектам.

Статистический анализ показал значимость достоверности взаимосвязи реагирования на факт наличия ВИЧ-инфекции и уровня приверженности к ВААРТ ($\chi^2=86,976$; $p=0,002$):

Приведённые данные свидетельствуют, что для групп ВИЧ-инфицированных, недостаточно приверженных к ВААРТ, в основном характерны дезадаптивные типы реагирования на заболевание, закономерным следствием которых является в том числе низкая приверженность к лечению.

Учитывая, что настоящее исследование проводилось на поздней стадии ВИЧ-инфекции, можно обоснованно говорить о «застревании» пациентов с низким уровнем приверженности на дезадаптивных стадиях реагирования. Безусловно, больные данной группы нуждаются в квалифицированной психологической и психотерапевтической помощи для преодоления дезадаптивного отношения к своей болезни и инициации начала ВААРТ, что повысит их выживаемость.

Для групп высоко приверженных к ВААРТ и начавших антиретровирусную терапию на момент включения в исследования самыми распространёнными являются условно адаптивные типы отношения к болезни, в целом благоприятно влияющие на старт ВААРТ вследствие осознания необходимости лечения. С другой стороны, отношение к болезни, терапии и медицинскому персоналу при условно адаптивных типах отношения к болезни нередко является нереалистичным, а значит, достигнутые результаты в плане приверженности к лечению неустойчивы.

Своевременная диагностика данных типов отношения к болезни среди пациентов, принимающих ВААРТ, позволяет выделить группу риска по прерыванию начатой схемы ВААРТ, что повышает роль психиатра и психотерапевта в системе оказания помощи данному контингенту больных.

Выводы:

1. Процесс принятия факта наличия ВИЧ-инфекции протекает в шесть стадий, которые, в основном, совпадают с таковыми у Е. Kubler-Ross (отрицание, гнев, «торги», депрессия и принятие). Нами дополнительно

описана анозогнозическая стадия реагирования, поскольку ВИЧ-инфекция является заболеванием с длительными бессимптомными инкубационным и латентным периодами.

2. Выделенные блоки типов реагирования на болезнь (адаптивный, условно адаптивный, дезадаптивный) определяют группы ВИЧ-инфицированных пациентов по степени приверженности к ВААРТ (приверженные, недостаточно приверженные, неприверженные), что подразумевает дифференцированный подход к помощи последним клинического психолога и врача-психотерапевта центра по борьбе и профилактике СПИД.

3. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции наблюдается большой удельный вес стадий «торгов или магического мышления» и депрессии, при которых проблемы с приверженностью потенциально возникают не вследствие неприятия роли хронически больного, а вследствие нереалистичного отношения к лечению.

Литература:

1. Treisman G.J. *The psychiatry of AIDS: a guide of diagnosis and treatment* / Treisman G.J., Angelino A.F. – The Johns Hopkins University press, 2004. – 218 с.

2. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action* / World Health Organization. – 2003. – 211 с.

3. World Health Organization. *AIDS Epidemic Update, December* [Электронный ресурс] / World Health Organization. – 2005. – Режим доступа: www.who.int/hiv/pub/epidemiology/epiupdate2005/en/index.html

4. Беляева В.В. *Повышение приверженности к антиретровирусной терапии и предупреждение лекарственной устойчивости. Российский федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.* – М., 2009. – 52 с.

5. *Двойная стигма, двойной вызов: Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД в Центральной и Восточной Европе и новых независимых государствах. Глобальная инициатива в психиатрии.* – 2006. – 14 с.

6. Ескальева А.Т. *Эмоциональные нарушения и качество жизни у больных опиоидной наркоманией, инфицированных ВИЧ (клинико-психологический и реабилитационный аспекты): диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук: 14.00.45;14.00.18.* – Томск, 2006. – 174 с.

7. Кюблер-Росс Э. *О смерти и умирании: пер. с англ.* – Киев: София, 2001. – 320 с.

8. Личко А.Е. Иванов И.Я. *Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 1980. – вып. 8. =С. 1195—1198.

9. Недзельский Н., Морозова Е. *Поддержка людей, живущих с ВИЧ.* – М.: БФ «Просветительский центр» ИНФО-Плюс», 2003. – 148 с.

10. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. *Учебный курс по ВИЧ-инфекции для медицинских работников.* =М., 2005. – 124 с.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РОССИИ (ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОСТЬ, КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)

Ястребов В.С.

Научный центр психического здоровья РАМН
Москва

«Имея сожаление к ближнему своему, потерявшему драгоценнейшее для человека – рассудок, не отказывай подать ему руку благодетельной помощи и страшись не признавать его себе подобным».

И.Ф. Рюль, член Императорского Попечительского совета. 1839.

Введение. Вопросы трудового, бытового, социального и общественного функционирования психически больных всегда были одной из наиболее актуальных проблем отечественной психиатрии. Еще со времён земской психиатрии вовлечение больных в трудовые процессы считалось важным терапевтическим фактором, имеющим лечебно-воспитательное значение и способствующим лучшему приспособлению больных к окружающей их действительности [13]. Активное развитие во второй половине прошлого столетия мероприятий по реадaptации и ресoциализации психически больных, родоначальником и активным сторонником которых был Д.Е. Мелехов [22], способствовало тому, что в последние десятилетия реабилитация психически больных стала собой одним из наиболее развивающихся и актуальных направлений со-

циальной, клинической, организационной и общественной психиатрии.

По мере получения новых научных знаний о природе и характере психических заболеваний, особенностях их течения и исходов, остаточных потенциальных возможностях психически больных было установлено, что социальная реадaptация и реабилитация является важной и неотъемлемой составной частью общетерапевтического процесса, возможности которого существенно возросли на фоне введения в психиатрическую практику психофармакотерапии. Дальнейшее развитие и совершенствование системы реабилитационной помощи происходило в направлении расширения её видов и организационных форм разработки методических подходов к их практическому воплощению, существенного расширению круга специалистов, которые должны принимать участие в различных видах реабилитационных и ресоциализирующих программ. В настоящее время в реализации мероприятий по психосоциальной реабилитации принимает широкий круг специалистов (психиатры, психологи, психотерапевты, специалисты по социальной работе, социальные работники и др.), входящие в состав полипрофессиональных бригад. Необходимо при этом подчеркнуть, что современная психосоциальная реабилитация представляет собой длительный, чрезвычайно трудоемкий и трудозатратный процесс, конечный результат которого во многом определяется уровнем профессиональной и клинической квалификации участвующих в нем специалистов, глубиной методической проработки реабилитационных программ, комплексным, междисциплинарным характером оказываемой помощи.

Следует иметь в виду, что в отличие от зарубежных стран, система реабилитационной помощи в отечественной психиатрии имеет свои особенности, которые формировались на протяжении всего предшествующего периода развития психиатрической помощи в нашей стране.

Для получения более полного представления об особенностях становления и дальнейшего развития этого вида помощи психически больным в России, представляется целесообразным кратко остановиться на характеристике различных ее этапов.

История. Суть приведенного в начале настоящей публикации эпиграфа к «Наставлению» известного русского врача, лейб-медика, доктора медицины и хирургии И.Ф. Рюля, который им был высказан более 170-и лет тому назад, в последующем был взят основоположниками отечественной психиатрии за основу гуманного отношения к душевнобольным больным. Проводимые с участием И.Ф. Рюля изменения психиатрической помощи в России [25], осуществляемой в тот период в условиях домов умалишенных Приказов общественного призрения, предусматривали ее организацию на гуманной и научной основах, которую продолжили последователи И.Ф. Рюля, известные врачи Ф.И. Герцог, З.И. Кибальчич, В.Ф. Саблер, а несколько позднее – психиатры земского периода [10]. В контексте обсуждаемой проблемы уместным

представляется привести и другое, известное в российской психиатрии выражение В.Ф. Саблера, которое любил цитировать А.В. Снежневский: «Врач, пользуясь обломками здания разрушенного рассудка, возводит из старого материала новое. Достижению успеха содействуют вспомогательные или так называемые психиатрические средства – через работы, занятия, развлечения, ограничения или расширение круга свободы, назидания и увещания».¹

Больных приказных домов-приютов и пациентов психиатрических больниц земского периода привлекали к различным видам физического труда, иным занятиям и развлечениям, участие в которых среди обитателей разных больниц составляло от 16 до 85% [5]. Были разработаны показания и противопоказания к участию в трудовых процессах разных категорий душевнобольных больных, составлен режим трудовой терапии, при этом не допускалась рабочая повинность больных. В своде документов по трудовому режиму было предусмотрено распределение заработанных больными денег, которые поступали на личные счета больных, тратились на улучшение условий их труда, в отдельных случаях пересылались в адрес нуждающихся семей больных, выдавались самим больным при их выписке. Со временем при больницах начали строиться мастерские, приспособленные для различных видов трудовой занятости. В этот период в практику работы психиатрических больниц активно внедрялась система нестеснения, активным сторонником которой был С.С. Корсаков, его ученик Н.Н. Баженов и многие другие психиатры того времени.

Создание в 20-е гг. прошлого столетия института районных участковых психиатров и широкой диспансерной психиатрической помощи способствовало развитию системы *трудовой терапии во внебольничных условиях*, что, в свою очередь, позволило разработать новое важное направление по определению клинических основ трудоспособности больных шизофренией, их социальной интеграции [4, 21], о чем пойдет речь ниже. Здесь лишь подчеркнем, что возведение трудовой терапии в ранг лечебно-восстановительного метода, разработка направления по социальной интеграции психически больных, в последующем послужило важной основой создания отечественной системы реабилитационной помощи психически больным

Важными этапами формирования реабилитационного направления в отечественной психиатрии являются:

- Созданное Д.Е. Мелеховым [22] *учение о социальной реадaptации психически больных*, которое включало клиническое обоснование проблемы трудовой экспертизы, трудовой терапии, трудового обучения, трудового и бытового устройства и др. Отмеченное обстоятельство давало основание многим психиатрам считать Д.Е. Мелехова родоначальником социальной психиатрии.

¹ Цитировано по Баженову Н.Н. «История Московского Доллгауза, ныне Московской городской психиатрической больницы для душевнобольных». М. 1909, стр. 128.

- Теоретическое обоснование и реализация мероприятий по дифференцированным видам социально-трудовой реабилитации психически больных, которые проводились в различных регионах страны в период с 1970 по 2000 гг. известными психиатрами: Е.Д. Красицом (Рязань и Томск), М.М. Кабановым (Ленинград), Р.Я. Марьянчиком (Винница и Одесса), А.Е.Лифшицем (Калуга), М.А. Мазуром (Кемерово) и др. В этот же период были разработаны научно обоснованные, дифференцированные виды реабилитации – индустриальной, сельскохозяйственной и др., о которых речь пойдет ниже.

- Разработанные в последнее время теоретические и методологические основы современных стандартов лечения больных шизофренией, которые включают медикаментозную терапию, психосоциальное лечение и психотерапевтические воздействия и которые были успешно реализованы различными региональными психиатрическими службами страны [3, 7, 17, 27).

Современное состояние. Данные названных выше исследований, проведенных представителями научной и практической психиатрии, способствовали тому, что за последние два десятилетия была создана система психосоциальной реабилитации, которая заняла прочное место в общей системе психиатрической помощи и стала, как уже отмечалось выше, одним из наиболее развивающихся направлений отечественной психиатрии.

Заметим, что подавляющее большинство всех работ по проблеме психосоциальной реабилитации, посвящены общим, принципиальным вопросам этого важного направления (по Д.Е. Мелехову) социальной психиатрии, которые имеют отношение ко всем категориям психически больных. *Исходя из этого положения, по аналогии с другими клиническими дисциплинами, сегодня, с нашей точки зрения, целесообразно говорить об условном разделении психиатрической реабилитации на два раздела – общий и частный. Задачей первого, общего раздела психиатрической реабилитации является изучение общих, наиболее принципиальных характеристик системы реабилитационной помощи в психиатрии, которая является универсальной для всех категорий, возрастных и нозологических групп психически больных, а также определение основных её задач, методических подходов, организационной структуры.*

Остановимся на краткой характеристике этого общего раздела реабилитации в психиатрии. На протяжении многих десятилетий важными принципами реабилитационной помощи была её непрерывность, этапность и дифференцированный характер. Д.Е. Мелехов [22] выделял больничную медицинскую реабилитацию; восстановительную терапию во внебольничных условиях, профобучение; трудоустройство и бытовое устройство. Е.Д. Красик [11] разделял реабилитацию на медицинскую, профессиональную и социальную. М.М. Кабанов [9] суть реабилитации психически больных определял как их ресоциализацию, восстановление индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. При разработке современных стандартов оказа-

ния комплексных видов помощи больным шизофренией Краснов В.Н. и соавт. [12] выделили следующие этапы реабилитационных воздействий: этап активных психосоциальных воздействий (психосоциальная терапия), этап практического освоения приближенных к прежним или новых для пациента ролевых функций и социальных позиций, а также этап закрепления и поддержки достигнутого социального восстановления. Как видим, по мере совершенствования системы психиатрической помощи, переноса её акцента на внебольничное звено и в общество, менялись и подходы к социальному восстановлению больных, их интеграции в общество, арсеналу проводимых ресоциализирующих мероприятий.

С 80-х гг. прошлого столетия в мировую психиатрическую практику начал входить термин «психосоциальная реабилитация», в соответствии определением ВОЗ представляющий собой процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе [8]. При этом речь идет, с одной стороны, о постоянном, непрерывном процессе, который включает комплекс медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических и иных мер, а с другой, о широком участии в нём органов здравоохранения, государственных и общественных структур.

Основными задачами психосоциальной реабилитации являются: уменьшение выраженности психопатологических симптомов с помощью триады – психофармакология, психосоциальные вмешательства и психотерапевтические воздействия; повышение социальной компетентности психически больных людей путем развития навыков общения, трудовой деятельности, умения преодолевать стрессы; уменьшение дискриминации и преодоление стигмы; создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки психически больных людей, удовлетворение их базовых потребностей, поддержка семей; повышение автономии психически больных, улучшение их самодостаточности и самозащиты. В соответствии этим, современная модель психосоциальной реабилитации должна включать комплекс междисциплинарных программ и мероприятий, проводимых на различных уровнях (от пациента до государства и общества), учитывать взаимное влияние присущих данной модели факторов, определять клиническую, социальную и экономическую эффективность проводимых мероприятий.

Важным документом, который позволяет выполнять перечисленные задачи, является официально утвержденный в последнее время перечень подразделений стационарной и внебольничной психиатрических служб, большинство из которых ориентированы на проведение комплекса ресоциализирующих мероприятий.² В психоневрологических диспансерах к таковым относятся:

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.»

кабинеты участковых врачей-психиатров, психотерапевтический кабинет(ы), кабинет(ы) медицинского психолога, медико-социальной помощи, дневной стационар (отделение), отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационное отделение, отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, клуб для больных, лечебно-производственные (трудовые) мастерские, отделение “Телефон доверия.” В составе психиатрических больниц предусмотрены профильные лечебные отделения, медико-реабилитационное отделение, медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, клуб для больных, лечебно-производственные (трудовые) мастерские.

Как видим, в отличие от прежнего структурного состава психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров, современный профиль их подразделений является главным образом реабилитационно ориентированным, предназначенным для проведения всего необходимого комплекса современных, социально ориентированных программ.

К современным психосоциальным воздействиям относятся: создание терапевтической среды, психообразование, когнитивно-поведенческая терапия, арттерапия, трудовая терапия, семейная терапия, дестигматизация, психосоциальная реабилитация больных с религиозным мировоззрением, тренинги (социальных навыков, самоуважения, уверенного поведения, повышения стрессоустойчивости, независимого проживания и др.).

Организационными формами психосоциальной реабилитации могут быть: формы защищенного жилья для больных-хроников (общежития, подготовительное самостоятельное проживание в выделенной квартире при больнице, групповые дома); формы помощи в стационарах, полустационарах, амбулаторных подразделениях; формы защищенного трудоустройства, трудоустройства с поддержкой; общественные организации пользователей; психосоциальные клубы в сообществе, клубные дома; экспериментальные организационные формы. Важным для полноценной и эффективной реализации перечисленных программ и форм помощи является официально утвержденный статус полипрофессиональных бригад, которым определен порядок их работы, регламентировано взаимодействие различных специалистов этих бригад.

Согласно мнению специалистов в области психосоциальной реабилитации, основными принципами современной системы реабилитационной помощи в психиатрии должны быть: акцент на личных потребностях лиц с психическими заболеваниями (наличие жилья, трудоустройство, организация досуга, расширение социальных связей, повышение своей автономии, потребность в социальной защищенности больных и членов их семей); активное в ней участие пользователей психиатрической помощи; применение нового поколения психофармакологических средств, способствующих ресоциализации больных; холистический подход, обеспечивающий про-

ведение комплексных мероприятий на разных уровнях – индивидуальном, семейном, институциональном и общества в целом.

Как известно, за последние десятилетия в отечественной психиатрии проведены масштабные реформы, введено законодательное регулирование деятельности психиатрических служб, регламентирована правовая защита и поддержка психически больных, приняты этические стандарты деятельности врачей психиатров, на региональный уровень перенесено управление психиатрической службой, проведено значительное сокращение дорогостоящего коечного фонда, акцент помощи перенесен на внебольничный уровень, создано общественное движение пользователей, участвующих в оказании многих видов психиатрической помощи. Эти изменения содействовали созданию общественно-ориентированной психиатрической помощи, с одной стороны, а с другой, способствовали развитию и внедрению в психиатрическую практику психосоциальной терапии и реабилитации. Необходимо отметить, что отмеченному прогрессу способствовало проведение научных исследований в области психиатрической эпидемиологии, психофармакотерапии, совершенствования амбулаторных методов лечения, организации психиатрической помощи, экономики психического здоровья, которые выполнялись совместными усилиями представителей научных психиатрических коллективов и психиатрической психиатрии.

В новых условиях работы психиатрических служб, активного внедрения психофармакологических средств, психотерапевтических и социотерапевтических воздействий заметно возросла актуальность проблемы социального функционирования психически больных, их трудовой занятости и обучения, сохранения профессиональных навыков, образования, интеграции в общество [7]. В этом плане крайне продуктивным оказалось внедрение в психиатрическую практику концепции биопсихосоциального подхода в психиатрии [23] и учения о функциональном диагнозе, которое было начато Т.А. Гейером [4] и Д.Е. Мелеховым [22] и успешно продолжено А.П. Коцюбинским [14].

Проблема эффективности современной системы психосоциальной реабилитации. Вопросы определения эффективности проводимых мероприятий по социальному и трудовому восстановлению психически больных носили актуальный характер в разные периоды формирования реабилитационного направления в психиатрии. В связи с этим в 1970-90-е гг. выполнялись работы по оценке результатов реабилитационных мероприятий, в ходе которых, в зависимости от цели исследования, для определения их эффективности предлагался анализ показателей количества больных, находящихся в психиатрических больницах свыше 2-3 лет, показателей повторных госпитализаций, числа трудоустроенных, динамики показателей инвалидности, качества ремиссий и др. Необходимо при этом заметить, что для определения эффективности проводимых лечебно-восстановительных мероприятий отмеченные подходы не позволяли в полной мере учесть

все многообразие влияющих на процесс социального восстановления больных факторов, их взаимную связь, проследить влияние каждого из них в динамике, определить их конечные результаты.

Для решения этой проблемы сотрудниками НЦПЗ с применением системного подхода была разработана системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации, которая давала возможность в максимальной степени учитывать ее современные стратегии, интересы всех вовлеченных в реабилитационный процесс сил, а также совокупность актуальных для предлагаемой модели факторов и их иерархию [30]. При этом в равной мере учитывался пациент-центрированный подход реабилитационной службы, развитие ее ресурсной базы, эффективность работы обсуждаемой системы помощи в целом и отдельных ее звеньев, в частности. В рамках этой модели были выделены три основных этапа процесса психосоциальной реабилитации: оценка ситуации и планирование помощи, определение круга реабилитационных вмешательств, достижение результата. В ходе исследования был использован метод иерархического моделирования, который позволяет выявлять сложную цепь взаимодействий между всеми участниками реабилитационного процесса, а также действующих при этом факторов и, вместе с тем, определять многоуровневый, иерархический характер этих взаимодействий и факторов. Важным преимуществом предлагаемого метода является возможность получения не только статических, но и динамических оценок деятельности реабилитационной службы, которые могут быть использованы на уровне пациента, его ближайшего окружения и на макросоциальном уровне.

В современных условиях, при которых психиатрическая служба располагает широким лечебным и лечебно-восстановительным арсеналом, институтами общественной и правовой поддержки больных, важным является определение *стратегического направления современной системы реабилитационной помощи в психиатрии, направлений ее дальнейшего совершенствования*. С нашей точки зрения, перспективными направлениями системы реабилитационной помощи в психиатрии должны быть: пациент-центрированная её модель, направленная на восстановление утраченных в результате болезни эмоциональных, социальных и интеллектуальных навыков больных, которые им необходимы для жизни, учебы и работы в обществе; её ориентация на ближайшее социальное окружение; работа по развитию внешних её ресурсов, способствующих преодолению болезни и нарушений жизнедеятельности пациента (наличие жилья, условий для учебы и работы, образовательные программы, помощь в кризисных ситуациях и др.). Важным при этом является разработка современной оптимальной модели региональной психиатрической службы, которая должна строиться не только на основе научного анализа ее структуры и показателей деятельности, но и на интегративной оценке профессионального сообщества и сформулированного запроса пользователей психиатрической помощи [16].

Клинические аспекты реабилитации больных шизофренией. Переходя от вопросов общего раздела психиатрической реабилитации к частному, заметим, что *основной задачей частного раздела психосоциальной реабилитации, с нашей точки зрения, является изучение процесса восстановления психического здоровья при отдельных психических заболеваниях, нарушенных при них различных видов функционирования больных, их трудоспособности, социального статуса, а также разработка дифференцированных социо-реабилитационных мероприятий и программ для них*. При этом возникает необходимость более широкой оценки, включающей масштаб клинических, социально-экономических проблем, возникающих у больных разных нозологических групп, определение характера последствий, объема потерь и урона, наносимых вследствие того или иного психического заболевания, а также в каждом индивидуальном случае определения объема лечебно-восстановительной помощи и уровня затрат на неё.

В контексте сказанного, очевидно, что шизофрения занимает ключевое место в научной, клинической, социальной, биологической и организационной психиатрии, поскольку характер клинических её проявлений, показателей распространённости, особенностей течения, исходов, социально-экономических последствий носит весьма разносторонний и масштабный характер. Это обстоятельство позволило участникам Всемирного психиатрического конгресса в 1957 г. возвести шизофрению в ранг «королевы психиатрии».

Согласно данным эпидемиологических исследований и официальной психиатрической статистики, шизофрения является наиболее распространённым психическим заболеванием. В 2011 г. распространённость шизофрении в РФ составила 3,49 на 1000 населения; заболеваемость – 0,09 на 1000. Социальное бремя шизофрении выражается в том, что в структуре всех психических заболеваний 34,5% инвалидов составляют больные шизофренией.

Несомненный интерес представляют и данные ранее проведенных в нашем коллективе эпидемиологических исследований [15], которые отражают клинико-социальный аспект обсуждаемой проблемы; в частности, установлено, что за период общей продолжительности течения шизофрении на т.н. госпитальный её этап приходится всего лишь 9,3% времени, все оставшееся время (90,7%) больные проводят во внебольничных условиях, в окружении социума. На основе полученных данных была выделена группа больных с «Внебольничной шизофренией» [28], которая является важной целевой группой для проведения современных психосоциальных воздействий. Также было установлено, что 45-50% всех больных шизофренией нуждаются в активном наблюдении в течение всей жизни [24] и, соответственно, в проведении психосоциальных воздействий. Полученные результаты коррелируют с данными ВОЗ [8], согласно которым 60-70% больных шизофренией нуждаются в постоянных лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Согласно полученным нами данным [30], соотношение экономического бремени шизофрении к бремени всех психических расстройств в 2009 г. составила приблизительно 1:3 (соответственно, 0,47% и 11,39% ВВП страны). Примерно в аналогичной пропорции выразились и медицинские расходы – соответственно 44,6 и 60,3 млрд. руб., а также социальные расходы – соответственно 31,9 и 87,3 млрд. руб.

Первой важной отечественной научной работой, на которую многие авторы ссылаются при обсуждении клинико-социальных аспектов шизофрении и других психических заболеваний, принято считать публикацию Т.А. Гейера [4], которая посвящена проблеме трудоспособности при шизофрении. Статья представляет собой содержание доклада, который автор сделал в 1932 г. на конференции по шизофрении, организаторами которой были П.Б. Ганнушкин, В.А. Гиляровский и другие известные психиатры. В докладе впервые был поставлен вопрос о том, что при оценке потери трудоспособности больных шизофренией возникает необходимость постановки функционального диагноза, позволяющего, наряду с учетом клинических аспектов, определять производственные и иные факторы, которые приводят к нарушению трудовой деятельности больного. В связи с этим было предложено проведение трудовой экспертизы работающих больных с учетом особенностей производства, трудовых процессов, которые больные выполняют на своем рабочем месте. При проведении экспертизы больных шизофренией предлагалось учитывать не только тяжесть заболевания, динамику текущего процесса, но и особенности личности на отдаленных этапах течения болезни, уровень сохранности больного, его желаний и установок. По выходе больного из острого состояния врачам-психиатрам рекомендовалось на основе индивидуального подхода, с учетом состояния больного, подбирать дифференцированные виды труда. К этой работе после окончания университета активно подключился Д.Е. Мелехов, который вместе с Т.А. Гейером открыл первое в стране отделение экспертизы трудоспособности и восстановительной терапии, в последующем возглавив это отделение. Свой многолетний опыт работы Д.Е. Мелехов обобщил в монографии, посвященной клиническим основам трудоспособности при шизофрении [21], которая стала настольной книгой многих отечественных психиатров. Основными разделами этой книги стали систематика шизофрении в свете задач социально-трудового прогноза, проблема дефекта при шизофрении, динамика дефектных состояний и вопросы прогноза компенсации и трудоспособности при различных типах шизофренического дефекта.

Вклад Д.Е. Мелехова в клиническую и социальную психиатрию во многом определил формирование реабилитационного направления в нашей стране во второй половине прошлого столетия, в рамках которого проводились научные исследования, разрабатывались теоретические и прикладные аспекты реабилитационной помощи, в составе психиатрических больниц и психонев-

рологических диспансеров создавались подразделения реабилитационного профиля, формировались направления дифференцированной реабилитационной помощи, в рамках которых были организованы дифференцированные виды занятости и проведения социально-восстановительных мероприятий.

В частности, опыт работы психиатрической службы одного из крупных автомобильных заводов (ЗИЛ) [6] показал, что применение реабилитационных программ на этом промышленном предприятии позволило не только существенно снизить уровень инвалидности больных шизофренией (на 10%), но и сохранить возможность профессионального роста отдельных больных с возможностью выполнения ими высококвалифицированных работ (на 8,8%). Создание производственных бригад на базе обычных промышленных и сельскохозяйственных учреждений с устройством многих больных в специальные общежития в Томске позволило в течение 8 лет (1968-1975г.г.) выписать и трудоустроить 1037 больных шизофренией с затяжным течением процесса, непрерывное пребывание в больнице которых в 50% случаях превышало 5 лет [11]. Сходные результаты были получены при выполнении аналогичных программ в Калуге, Одессе, Кемерово [18-20].

При определении комплекса реабилитационных воздействий при шизофрении отдельные авторы (Смулевич А.Б., Наджаров Р.А., 1983) [26] предлагали брать за основу тип течения заболевания и клиническую характеристику его исхода. В частности, при вялотекущей форме шизофрении рекомендовалась предпочтительность амбулаторных и полустационарных форм помощи, в условиях психиатрических и психотерапевтических кабинетов городских поликлиник. При приступообразной форме шизофрении основное внимание обращалось на максимальное сокращение срока пребывания больного в стационаре, создание комфортных условий в психиатрических отделениях, сохранение социальной активности больных. Для больных с более прогрессивным типом течения заболевания рекомендовалась дифференцированная трудовая терапия, ЛФК, психосоциальные мероприятия (рациональная организация досуга, участие в терапевтическом сообществе и др.). У больных с прогрессивными непрерывно-текущими формами заболевания восстановительные мероприятия были направлены на предупреждение явлений госпитализма, трудовое и профессиональное обучение, активный образ жизни больных, освоение ими бытовых и др. навыков. Больным шизофренией с хроническим течением заболевания, потерявшим социальные связи, рекомендовалось приобретение бытовых и социальных навыков, привлечение к трудовым процессам, проведение социальных тренингов путем общения с окружающими, ролевых игр и др.

В условиях возрастающих возможностей социальной интеграции больных шизофренией важной является проблема определения их потребностей. Предварительные исследования показывают [1], что осознание спектра потребностей больными шизофренией, которые прошли

психообразовательные программы и соответствующие тренинги, существенно возрастает, в сравнении с аналогичной группой больных, получающих традиционные курсы медикаментозного лечения в условиях психоневрологических диспансеров и психиатрических больниц. Наряду с этим, уровень удовлетворённых потребностей в первой группе больных оказывается значительно выше, нежели у больных второй группы (соответственно, 91% и 43%).

Приведенные данные свидетельствуют о несомненной актуальности проведения дальнейших углубленных исследований клинических, клинко-эпидемиологических, клинко-социальных и клинко-экономических аспектов шизофрении, которые имеют большое значение для разработки научных основ психосоциальной реабилитации при этом тяжелом психическом заболевании. В связи с внедрением в практику последнего времени принципов общественно-ориентированной психиатрической помощи, расширением арсенала психосоциальных воздействий и организационных форм психосоциальной реабилитации возможности современных форм реабилитации больных шизофренией существенно возрастают. Этому в значительной мере способствуют результаты проведенных в последнее время исследований по определению качества жизни и социального функционирования больных шизофренией, изучения нейрокогнитивного дефицита [7], определению клинко-психопатологических и социально-трудовых характеристик больных шизофренией на отдаленных этапах течения заболевания [2] и др.

Завершая обсуждение проблемы реабилитации больных шизофренией, подчеркнем необходимость дальнейшей разработки программ социального восстановления больных шизофренией, построенных на основе интегральной оценки их клинических, клинко-социальных характеристик и возросших возможностей современной системы реабилитационной помощи.

Выводы. Психосоциальная реабилитация является важной составной частью комплексного лечения больных шизофренией.

В основе психосоциальной реабилитации больных шизофренией должно быть соблюдение следующих подходов и принципов:

- клинической оценки основных характеристик течения болезни и её последствий;
- системного подхода в оценке факторов, влияющих на особенности течения процесса, его исход, динамику социального восстановления и функционирования больных;
- этапности и непрерывности проводимых психосоциальных воздействий;
- опоры на сообщество, на государственные, общественные институты и структуры, в условиях которых происходит интеграция больных в окружающий их социум.
- наличия полипрофессиональных бригадных форм психосоциальной реабилитации.

Литература:

1. Акимкина Е.С. Удовлетворение потребностей психически больных – основа адекватного планирования психиатрической помощи // *Российский психиатрический журнал*. – 2010. – № 5. – С. 41-43.
2. Бархатова А.Н. Дефицитарные расстройства на начальных этапах юношеского эндогенного приступообразного психоза (мультидисциплинарное исследование): автореферат дис. ... д. мед. наук. – М., 2016. – 46 с.
3. Былим И.А. Основные направления реформирования региональной службы психического здоровья (клинико-социальное и экономическое обоснование): автореф. дис. ... д. мед. наук. – М., 2010. – 48 с.
4. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении. // *Современные проблемы шизофрении*. – Медгиз. 1933. – С. 106 – 111.
5. Греблюковский М.Я. Трудовая терапия психически больных. – М.: Медицина, 1966. – 312 с.
6. Гуревич А.Х. Клинические и социальные критерии трудового устройства больных шизофренией в условиях современного крупного промышленного комплекса: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1975. – 147 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 491 с.
8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда. – Женева, ВОЗ, 2001.- 215 с.
9. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Изд. 2-е, доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.
10. Каннабих Ю.В. История психиатрии. – Л. Медгиз, 1929. – 520 с.
11. Красик Е.Д. Реабилитация психически больных: достижения и проблемы. // *Новое в теории и практике реабилитации психически больных*. – Л.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 1985. – С. 39-43.
12. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и др. Психиатрическая помощь больным шизофренией. / Под редакцией В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. – М., 2007. – 260 стр.
13. Корсаков С.С. Курс психиатрии. – М., 1901. Т. 1-2.
14. Коцюбинский А.П., Шейнина, Н.С., Аристова Т.А. и др. Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях. – СПб., 2011. – 163 с..
15. Либерман Ю.И. Материалы клинко-статистического изучения популяции больных шизофренией (демографические данные и характеристика течения заболевания): дисс. ... д. м. наук. – М., 1971, т. 1-2.
16. Лиманкин О. В. Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования (клинко-статистические, клинко-эпидемиологические и организационные аспекты): автореф. дисс. ... д. м. наук. – М., 2016. – 47 с.
17. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: автореф. дисс. к. м. наук. – М., 2007. – 14 с.

18. Лифшиц А.Е. Реабилитация психически больных с тяжелыми формами патологии: дисс. д. м. наук. – М., 1984.

19. Мазур М.А. Реабилитация психически больных с затяжным течением заболевания на различных ступенях психиатрической помощи: автореф. дисс. к. м. наук. – М., 1970.

20. Марьянчик Р.Я. Этапы госпитальной и постгоспитальной реабилитации психически больных // IY Международный симпозиум по реабилитации психически больных. – Л., 1974. – С. 183-186.

21. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. – М., 1963. – 198 с.

22. Мелехов Д.Е. Общие принципы и текущие задачи социальной реабилитации психически больных в СССР. Социальная реадaptация психически больных. – М., 1965. – С. 16-32.

23. Незнанов Н.Г. Биопсихосоциальная парадигма – новые тенденции и старые проблемы. Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах). /Под ред. О.В. Лиманкина. – СПб.: Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 32-36.

24. Ротштейн В.Г., Ястребов В.С., Богдан М.Н., Сейку Ю.В. Современная система психиатрической помощи: эпидемиологический аспект. // Журнал невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 3. – С. 42-47.

25. Рюль И.Ф. Краткое наставление, каким образом должно обходиться с умалишенными, доколе они будут помещены в заведение, устроенное для больных этого рода, и необходимость и польза помещения их в оное. – СПб., 1939.

26. Смулевич А.Б., Наджаров Р.А. Вопросы реабилитации больных. Руководство по психиатрии. Том. I. Москва «Медицина». 1983. Стр. 408-409.

27. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: дис. ... к. м. наук. – М., 2009. – 144 с.

28. Ястребов В.С. Внебольничная шизофрения (клинико-эпидемиологическое исследование): дисс. д. м. наук. – М., 1988. – 419 с.

29. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 6. – С. 4-10.

30. Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Солохина Т.А., Любов Е.Б. и др. Стоимостной анализ в психиатрии: совершенствование методологии, методики его проведения и уточнение результатов // Психиатрия. – 2013. – № 03 (59). – С. 41-47.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАЗРАБОТКА МЕР ПО ЕЕ ПОВЫШЕНИЮ

Ястребова В.В., Солохина Т.А., Митихин В.Г., Алиева Л.М., Машошин А.И.

Научный центр психического здоровья РАМН
Психоневрологический диспансер №18
Городская психиатрическая больница №14
Москва

Феномен приверженности лечению отражает сложное взаимодействие ряда факторов. В литературе накоплено немало сведений по выделению причин, вызывающих низкую приверженность лечению, среди которых идентифицированы факторы, обусловленные: лечением (побочные эффекты нейролептиков, сложность схемы терапии); заболеванием (раннее начало заболевания, приступообразное течение, высокая частота рецидивирования, малая длительность ремиссий, наличие бредовых синдромов и выраженность негативной симптоматики); личностными и социально-демографическими характеристиками пациентов (возрастные и гендерные факторы, уровень социально-психологической адаптации, трудовая занятость, повседневная активность пациентов), отсутствием осознания болезни, особенностями внутренней картины болезни; системой оказания медицинской помощи, включая взаимоотношения пациента с медицинским и иным персоналом, удовлетворенностью лечением; социальными взаимодействиями пациента – семья больного, общество [1, 2, 7, 9].

Среди значимых причин, по которым пациенты не соблюдают режим лечения, являются ложные, недостаточно правильные представления о лечении и болезни. Неполное осознание болезни и необходимости лечения может быть связано как с изменениями психической деятельности, личности больного, снижением способности к критической оценке, нарушением эмоциональной сферы, или обусловлено факторами, выступающими в роли психологической защиты от стигматизации и негативной самооценки, вызванных наличием психического заболевания [1]. Немаловажную роль в формировании понимания болезни и лечения играет получение достаточного объема и доступности предоставленной информации о заболевании и его лечении.

Наряду с другими факторами, важным остается приверженность ближайшего окружения, семьи больного к медикаментозному и другим видам лечения пациента, которые он получает. Часто именно семье принадлежит ведущее значение в обеспечении комплаентности больного: члены семьи раньше врача сталкиваются с заболеванием, еще на самой ранней стадии болезни, в связи с чем именно они могут способствовать своевременному распознаванию и эффективному лечению психического заболевания, оказывать регулирующее воздействие а формирование у больного готовности следовать назначениям врача [2, 5]. Внутрисемейные факторы могут оказывать негативное влияние на комплаенс, когда неправильное восприятие болезни и больного родственниками ведёт к негативным установкам их поведения, а непонимание членами семьи того, что изменения в поведении больного связаны с болезнью, ведут к отказу или неправильному приему медикаментозной терапии [8]. Неверная оценка болезни и лечения родственниками может, в свою очередь, быть причиной ложных убеждений, почерпнутых из сомнительных источников вследствие недостаточной их информированности профессионалами в области здравоохранения.

Комплекс факторов, рассматриваемых в совокупности, обуславливает необходимость в разработке новых, более эффективных стратегий работы с некомплаентностью больных психическими расстройствами. Изучение проблемы приверженности является надежной основой для оптимизации и планирования помощи психически больным и улучшения ее качества и эффективности. Несмотря на достаточный объем сведений о вкладе тех или иных параметров в феномен приверженности, продолжение исследования этой проблемы не теряет своей актуальности. Выявление факторов, влияющих на отношение больных к лечению, позволит определить приоритетные направления коррекции приверженности терапии, индивидуализировать подходы к терапии психических расстройств.

Целью настоящей работы является выявление комплекса факторов, влияющих на приверженность лечению больных шизофренией, и разработка мер по ее повышению.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 107 пациентов с диагнозами шизофре-

нии, шизоаффективного и шизотипического расстройств, соответствующими критериями МКБ-10. Обследование проводилось на базе ПНД №18 ГБУЗ «ПБ №14 ДЗМ»¹. Количество мужчин в группе пациентов составило 44 чел., женщин — 63 чел. (41,51% и 58,49%, соответственно), а также 105 членов их семей. По клиническим характеристикам пациенты были представлены следующим образом: в выборке существенно преобладали больные с диагнозом параноидной шизофрении (F20), составившие 80 человек (75,5%). В значительно меньшей степени были представлены пациенты с шизоаффективным расстройством (F25) — 12 человек (11,3%) и с формами вялотекущей шизофрении (F21) — 10 человек (9,4%). Такие варианты, как резидуальная шизофрения или простая форма встречались лишь в качестве единичных наблюдений (в сумме 3,8%).

В изученной выборке преобладали больные среднего трудоспособного возраста, большинство пациентов находилось в возрастной группе 31 – 40 лет (35%), 41– 50 лет (21%) и 20–30 лет (18%). Социальные характеристики больных отражали высокую степень социальной дезадаптации: несмотря на то, что большинство пациентов имели образование не ниже среднего (высшее – 31%, среднее специальное – 37%), лишь 23% из них работают. Источником доходов у большинства пациентов является пенсия по инвалидности (68%). Значительная часть больных (66%) не состоит в браке. Большинство проживают с родителями 53%, и лишь 29% пациентов имеют свою семью. Подавляющее число пациентов (85%) никогда не участвовало в реабилитационных программах.

В исследовании использована батарея из 12 клинических и психологических опросников и шкал: осознание болезни при психозе (M.Birchwood et al., 1994), отношение к лекарственным препаратам (T. Hoganel et al., 1983), оценка социального функционирования (M. Weissman, S. Bothwell, 1976), методика исследования стадий психотерапевтического процесса (E.A. McConaughy et al., 1983), опросники по оценке взаимоотношений врач-пациент и врач-родственник, опросники удовлетворенности лечением, разработанные в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ и ряд других. Собраны социально-демографические и клинко-эпидемиологические характеристики больных, а также социально-демографические характеристики родственников. В качестве показателя комплаенса рассматривался показатель отношения пациента к лекарственным препаратам.

Для обработки данных использовались методы и алгоритмы корреляционного и регрессионного анализа, реализованные в среде MS Excel. Статистическая обработка проводилась в два этапа: на первом этапе осуществлялся корреляционный анализ для отбора значимых характеристик для показателя комплаенс (исследовано более 50 клинических, социально-демографических, психологических и иных факторов, среди них: пол, образо-

¹ Авторы настоящей публикации выражают глубокую признательность участковым врачам-психиатрам ПНД № 18 за неоценимую помощь при обследовании включенных в данное исследование больных – Беленькой Д.В., Лабзиной Л.И., Медведеву И.Л., Ястребовой М.В.

вание, профессиональная группа, трудовая занятость, доходы, отношения в семье, реабилитационные программы, социальная активность, инвалидность, число госпитализаций, стадия психотерапевтического процесса, отношение к лекарствам пациентов и родственников, осознание болезни, удовлетворенность помощью пациентов и родственников и др.). На втором этапе формировались регрессионные факторные модели.

Результаты исследования. Построены линейные модели, связывающие показатели комплаенса пациентов-мужчин (коэффициент надежности $R^2=0,607$) и пациентов-женщин (коэффициент надежности $R^2=0,504$) с 14-ю факторами, снижающими или повышающими их приверженность к лечению. Выявлено, что существуют общие для мужчин и женщин факторы, влияющие на комплаенс, а также гендерные стереотипы в отношении к лекарственной терапии.

Анализ регрессионных моделей показал, что факторами, повышающими приверженность и у мужчин, и у женщин, являлись: правильное осознание болезни, понимание необходимости лечения, его целей и задач, а также адекватное отношение к заболеванию родственников пациента.

Гендерные различия формировались за счет следующих факторов: у *пациентов мужчин* – приверженность наличие работы и уровень дохода, возраст пациента (чем старше пациент, тем у него более высокая комплаентность), партнерские взаимоотношения с врачом. Для *пациентов женщин* значимое положительное влияние на комплаентность оказывали удовлетворенность качеством оказываемой психиатрической помощи, стадия психотерапевтического процесса (признание проблемы и намерение разрешить ее, желание сохранить позитивные изменения в состоянии, ощущаемая потребность в психотерапевтической помощи для закрепления результатов, полученных в ходе лечения). Снижали приверженность к лечению у мужчин негативное отношение членов семьи к приему лекарств и недостаточная их удовлетворенность оказываемой помощью. У женщин приверженность снижали конфликтные отношения в семье, недостаточная поддержка со стороны родственников, низкий уровень социального функционирования, несформированный терапевтический альянс с врачом.

В соответствие с этим, совокупность причин, положительно или отрицательно влияющих на приверженность пациентов с шизофренией была разделена на три группы факторов, обусловленных: 1) особенностями пациентов (социально-демографическими – источник доходов, возраст, социальное функционирование, психологическими – осознание необходимости лечения, отношение к терапии, осознание болезни; 2) особенностями семейного окружения (отношения в семье, отношение к болезни родственника, отношение родственника к приему лекарств); 3) особенностями оказания психиатрической помощи (взаимоотношения с врачом, оценка общения врач-пациент, терапевтический альянс, удовлетворенность пациентов и родственников помощью).

Из факторов, обусловленных *особенностями пациентов*, наиболее значимым являлся фактор осознания болезни и лечения. Установлено, что уровень понимания пациентами своего состояния и необходимости лечения имеют значимую связь с соблюдением медицинских рекомендаций.

Выявлено, что большинство пациентов (71,0%) не в полной мере понимали болезненность своих симптомов, не видели связи болезненных проявлений с наличием психического расстройства, не оценивали симптомы как проявление психического заболевания и не считали, что проявления связаны с болезнью. Значительная часть пациентов (63,6%) отрицала и не осознавала наличие у себя психического расстройства, для них были свойственны положительные ответы на утверждения «Я психически здоров». Не осознавали важности медикаментозного лечения и не считали его необходимым 42,0% пациентов. Оценка этими пациентами своего состояния не соответствовала объективной клинической картине, они демонстрировали отсутствие адекватной модели своего заболевания и ожидаемых результатов терапии, были склонны к диссимуляции психопатологической симптоматики, недооценке тяжести своего состояния и последствий заболевания, сомнениям в необходимости проводимой терапии. Пациенты объясняли свое состояние воздействием внешних факторов, личностными особенностями и другими причинами.

Недостаточное понимание болезни в этой группе больных связано как с психопатологическими причинами (нейрокогнитивный дефицит, эмоционально-личностные изменения, снижение критики, бредовые синдромы, аффективные нарушения и др.), так и психологическими причинами (защита от стигматизации и негативной самооценки, отрицание факта тяжелого психического заболевания). Отсутствие осознания болезни также может быть обусловлено бытовыми и принятыми социокультуральными трактовками заболевания и в значительной мере может быть связано с недостаточной полнотой предоставленной информации о болезни и лечении.

К факторам, обусловленным *семейным окружением*, относился фактор осознания болезни и лечения родственниками пациентов. Так, 32,4% родных отрицали психическое расстройство и не были согласны с тем, что их родственник болен психически. Почти треть членов семьи (27,6%) не осознавали необходимость лечения своего близкого. Родственники транслировали свое субъективное представление о болезни и лечении, и формировали, таким образом, не только отношение пациентов к этому вопросу, но и их приверженность лечению.

К факторам, обусловленным *системой оказания помощи*, были отнесены взаимоотношения пациента и врача и уровень удовлетворенности пациентов и родственников помощью. Опрос пациентов и родственников показал, что, несмотря на удовлетворенность качеством и объемом помощи, высокую оценку профессионального уровня персонала, достаточную продолжительность и частоту встреч с врачом, выявлено несоответствие ожи-

даний респондентов относительно полноты получения информации от профессионалов.

Одним из основных направлений повышения приверженности являются *психосоциальные вмешательства*. Во всем мире широко используются программы психообразования для пациентов, с целью обеспечения их необходимыми знаниями по вопросам психического здоровья, привития правильного представления о психическом заболевании, освоения навыков по отслеживанию рецидива болезни, дестигматизации, обучения навыкам совладания с болезнью и вызывающими стресс жизненными событиями.

Очевидно, что применение специализированных методик, направленных на прицельную работу с недостаточной комплаентностью, является более успешным, чем применение других стратегий, которые имеют более широкие цели. К таким методам относится комплаенс-терапия, которая является достаточно новым видом краткосрочного психосоциального лечения, использующим когнитивно-бихевиоральный подход в сочетании с мотивационным интервьюированием, и сфокусированный на повышении приверженности к заболеванию и улучшении качества соблюдения лечебных рекомендаций [3]. В литературе накоплены сведения о том, что наилучшие результаты достигаются при сочетании психообразовательного и поведенческого подходов, а также методов мотивационного интервью [4].

Необходимо отметить, что повышению информированности пациентов и их близких о психических заболеваниях, современных методах лечения, достижениях психиатрической науки, возможностях психофармакотерапии, снижению стигматизации, способствует принцип партнерства, формирование терапевтического альянса с врачом, подразумевающий активное участие пациента и его родственников в терапевтическом процессе, повышение уровня доверия к врачу и к назначаемым им препаратам. Совместное принятие решений, обсуждение возможных проблем терапии позволяет пациентам чувствовать себя более удовлетворенными лечением и лучше придерживаться назначенной схемы [8]. В свою очередь, врачу следует прилагать усилия к формированию терапевтического альянса, создание и поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешности терапии.

При проведении психосоциальных мероприятий различные меры должны приниматься в зависимости от причин, вызвавших нарушение приверженности, подход должен быть индивидуализированным и выявленные факторы некомплаентности могут помочь в выборе персональных стратегий для каждого пациента [4, 7]. Например, пациентам, эпизодически и неумышленно пропускающим прием препарата вследствие когнитивных или иных психопатологических нарушений, может быть полезна методика поведенческой терапии с использованием напоминаний и специальных знаков. Большим, недостаточно осознающим заболевание в связи с недостатком информированности, будет полезен психо-

образовательный подход. Для пациентов, которые амбивалентны в отношении заболевания и необходимости приема терапии, полезно проведение мотивационных беседований, или комбинации психообразовательного и мотивационного подходов и т.д.

Таким образом, целью психосоциальных вмешательств при работе с недостаточной приверженностью должны быть три составляющие: направленность психосоциальных мер на отношение к лечению и осознание болезни пациентами, работа с семьей – повышение приверженности и осознание болезни родственниками, и работа с системой психиатрической помощи – формирование терапевтического альянса, партнерской системы взаимоотношений, повышение качества психиатрической помощи, освоение врачами психосоциальной работы.

Выводы. Выявленный комплекс факторов, формирующих приверженность лечению больных шизофренией, позволяют сформировать направление психосоциальных мероприятий и проводить разработку целевых программ, направленных на улучшение приверженности:

- совокупность факторов указывает на необходимость создания комплексного подхода, направленного на работу с недостаточной приверженностью в трех направлениях: для повышения приверженности пациентов целесообразно сочетание психообразовательного подхода и метода комплаенс-терапии с элементами мотивационного и когнитивно-поведенческого тренинга;

- с целью формирования адекватного представления о болезни и лечении членов семьи показаны психообразовательные программы для родственников, семейная психотерапия;

- для улучшения взаимодействия пациентов и родственников с системой оказания психиатрической помощи необходима работа с медицинским персоналом по формированию партнерской модели взаимоотношений, создание терапевтического альянса, освоение врачами методов психосоциальной работы.

Литература:

1. Лутова Н.Б., Петровская И.Н., Вид В.Д. Сознание болезни и комплаенс больных психозами // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. – 2014 – № 1. – С. 10-15.
2. Солохина Т.А., Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Трушкина С.В., Алиева Л.М. Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией: Методические рекомендации – М.: Макс Пресс, 2012. – С. 5-14.
3. Кемп Р., Девид А., Хейворд П. Пер. с англ. *Комплаенс-терапия // Обзор современной психиатрии*. – 2000. – Вып. 5. – С. 91-101.
4. Amador X. *I am not sick, I don't need help. How to help someone with mental illness accept treatment*. – Peconic: Vida Press, 2007.
5. Day J.C., Bentall R.P., Roberts C. et al. *Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical vari-*

ables and relationships with health professionals. // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2005. -62: 717- 724.

6. Emsley R, Oosthuizen P, Koen L. et al. Comparison of treatment response in second-episode versus first- episode schizophrenia // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2013; 33:80-83.

7. Kane John M., Kishimoto T., Correll C. Пер. сангл. Несоблюдение режима лечения пациентами с психотическими расстройствами: эпидемиология, предрасполагающие факторы и тактика // *WorldPsychiatry.* – October 2013. – 12:3: 209-218.

8. Hamann J., Cohen R., Leucht S. et al. Shared decision-making and long- term outcome in schizophrenia treatment. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2007; 68:992-997.

9. Tiihonen J., Haukka J., Taylor M. et al. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 2011. -168: 603-609.

РАЗДЕЛ 1.

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ТЕЗИСЫ

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Абдуллаев Т.Р., Васильева А.В.,
Караваяева Т.А., Лукошкина Е.П.**

*Психоневрологический диспансер №4
Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Онкологические заболевания молочной железы являются одними из наиболее распространенных злокачественных новообразований, они занимает особое место в ряду онкологической патологии, так как их лечение затрагивает не только медицинские, но и психологические, сексуальные и социальные аспекты жизни больных, сопровождается калечащими операциями, инвалидностью, выраженными последствиями во внешнем виде женщин.

В исследование вошли 25 пациенток с онкологией молочной железы, проходящие комплексную реабилитацию в психотерапевтическом кабинете СПб ККУЗ «ПНД №4». Все пациенты находились в ремиссии сроком от 2 до 12 месяцев. Возраст пациенток – от 35 до 55 лет.

Обобщая опыт первичного психологического исследования, следует указать на следующие особенности:

1. При поступлении в психотерапевтический центр пациентки предъявляли жалобы на выраженную

тревогу и сниженный фон настроения. Детальный анализ жалоб, по методики SCL-90-R, показал преобладание депрессивной составляющей. Наиболее часто встречались симптомы, отражающие аффективно-когнитивные проявления депрессии: сниженное настроение, чувство вины, чувство наказания, плаксивость, трудности в принятии решений, пессимизм в отношении будущего, снижение самооценки. Также встречались соматические проявления депрессии в виде нарушений сна и расстройств пищевого поведения. Снижение настроения испытуемые связывали как с психотравмирующей ситуацией заболевания, так и с напряженными семейными отношениями и неудовлетворительным социальным положением.

2. Большинство пациенток описывает психотравмирующие ситуации, предшествующие заболеванию, среди них наиболее часто встречаются следующие: постоянные семейные конфликты, физическое насилие в семье, совершенное сексуальное насилие, развод, утрата близкого человека.

3. Результаты исследования, с помощью Торонтской шкалы алекситимии, указывают на затрудненность в вербализации эмоциональных состояний, трудности в различении чувств и телесных переживаний, фокусированность на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс (соматизации аффекта).

4. У обследованных пациенток преобладает повышение показателей по шкалам невротической триады в личностном профиле, диагностированном с помощью ММРІ. Показатели по данным шкалам связаны с недостаточностью физических и психических ресурсов личности для реализации мотивированного поведения в определенной ситуации.

5. Среди основных базовых личностных функций доминируют следующие (оценка центральных, базовых личностных функций на структурном уровне с позиции динамической психиатрии G. Ammon): дефицитарная агрессия, деструктивная тревога, деструктивные внутреннее и внешнее Я-отграничения, деструктивный нарциссизм. Данные показатели являются отражением следующих личностных особенностей: высокий контроль за собственными эмоциональными проявлениями, избегание конфликтов, склонность к беспокойству и волнениям в сочетании с тенденцией к гиперконтролю проявлений собственных переживаний и чувств, ригидная закрытость относительно чувств и интересов окружающих, ригидный барьер относительно своих чувств и потребностей. Данное сочетание способствует трудностям в самореализации, а также чувству беспомощности в ситуациях, требующих мобилизации ресурсов, сложностью в построении доверительных отношений.

6. У обследуемых пациенток доминирует тревожность в отношениях привязанности, связанная с сенси-

тивностью, зависимостью, эмоциональной незрелостью, тревожностью, чувством вины, напряженностью и неприятием себя (методика «Опыт близких отношений» К. Бреннан, Р.К. Фрейли). Высокие значения по шкале тревожности, косвенно указывают на зависимый тип привязанности.

Выделенные эмоциональные, личностные и поведенческие особенности пациентов с онкологией молочной железы позволяют сформулировать следующие основные задачи психотерапии:

1) Симптомцентрированная терапия, как одна из составляющих комплексной реабилитации пациентов, направленная на преодоление симптомов боли, расстройств сна, пищевого поведения, тревожной и депрессивной симптоматики (когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ), гипносуггестивная психотерапия, арт-терапия);

2) Повышение уровня осознанности, расширение умения осознавать и интерпретировать собственные чувства (психообразовательные программы, терапия третьей волны КПТ);

3) Расширение временной перспективы и преодоление страхов рецидива, в русле когнитивно-поведенческого подхода (постановка целей на будущее, техника декастрафикации, проработка травматического опыта);

4) Коррекция личностных особенностей пациенток, а именно неадекватных установок, самооценки, формирование адекватных механизмов совладания, изменения эмоциональных и поведенческих стереотипов, формирование адекватных межличностных отношений (личностно-ориентированная психотерапия, динамическая групповая психотерапия, психодрама).

Программа комплексной реабилитации включала следующие психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия: группы релаксации, арт-терапия, куклотерапия, групповая когнитивно-поведенческая психотерапия, психодраматические группы.

В целом, психотерапия пациентов с онкологическими заболеваниями молочной железы должна быть направлена на изменение неконструктивных реакций личности на болезнь, восстановление чувства ценности собственной личности, улучшение качества внутрисемейных и более широких социальных связей. Активация здорового ресурса личности способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов заболевания. В работе с пациентами со злокачественной патологией молочной железы необходимо учитывать ряд эмоциональных и личностных особенностей, таких как выраженность симптомов депрессивного и тревожного ряда, наличие межличностных конфликтов и нарушения внутрисемейных отношений, проблемные переживания и тревожные реакции, связанные с привязанностью, преобладание невротических черт личности, а также выраженное снижение самооценки.

АРТ-ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ

Аладашвили Т.

*Центр Психического Здоровья
(Исследовательский институт психиатрии им. М. Асатиани)
Тбилиси, Грузия*

Арт-терапия, индивидуальная и групповая, активно применяется в качестве лечения и реабилитации психических больных с 40-50 гг. прошлого века. Ее основной целью является гармонизация психического состояния личности больного через развитие и стимуляцию способностей самовыражения и самосознания, что ведет к регулированию межличностного контакта.

Арт-терапия особенно эффективна в лечении пациентов, которые не могут выразить внутреннее «Я» вследствие своего болезненного состояния, страхов, нарушенного мыслительного процесса или наличия алекситимии. Методика арт-терапии базируется на убеждении, что содержание внутреннего «Я» пациента отражается в зрительных образах всякий раз, когда он рисует, пишет картину или лепит скульптуру, при этом происходит гармонизация психики, а на последующих этапах лечения и реабилитации происходит дальнейшая стабилизация психического состояния пациента и возможность предупреждения новых обострений.

Целью исследования является изучение эффективности и целесообразности использования психодинамической арт-терапии в лечении больных шизофренией с острыми психотическими эпизодами.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 30 стационарных пациентов обоих полов, проходящих лечение в Центре психического здоровья (Исследовательский институт психиатрии им. М. Асатиани). Работа проводилась в специальном кабинете, оборудованном как арт-терапевтическая студия. Средний возраст больных составил от 20 до 60 лет. У всех больных была диагностирована шизофрения (F20.0 – F20.9) по МКБ-10.

Одна группа больных, получая стандартное лечение, участвовала в сеансах психодинамической арт-терапии; контрольная группа больных получала только медикаментозное лечение. Сеансы терапии проводились 2 раза в неделю; в каждой группе было от 3 до 6 пациентов. Всего было проведено 12 сессий по 90 минут в течение 6 недель. В течение этого времени была оценена эффективность проводимого лечения в основной группе у 55%, а в контрольной группе – 66% пациентов. Основными критериями оценки состояния больных был анализ позитивных, негативных, психопатологических симптомов, а также степень депрессивного состояния, для чего использовались 17-пунктная шкала оценки Гамильтона (17 Item Hamilton Rating Scale for Depression) и оценочная шкала негативной психопатологической симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS).

Из проводимого исследования были исключены пациенты, не имеющие шизофрении, страдающие органическими заболеваниями головного мозга, неспособные понять цель исследования и дать на это информирован-

ное согласие, а также агрессивные пациенты и больные с суицидальными наклонностями. В исследовании не участвовали пациенты, склонные к употреблению алкоголя и различных психоактивных веществ. Все участники исследования или их законные представители давали письменное согласие на участие в программе.

Все пациенты были свободны в выборе доступного материала и форме самовыражения. Последние 30 минут сессии были предназначены, по желанию больных, для общего просмотра и оценки созданных ими образов. Пациентам также предлагалось оценить свое творчество.

Результаты. По результатам лечебной оценки SANS и HRSD, в период 12-недельного наблюдения, у пациентов, прошедших арт-терапию, в отличие от пациентов контрольной группы, значительно редуцировались позитивные, негативные и депрессивные симптомы. Уровень социального функционирования был значительно выше у пациентов, участвовавших в арт-терапии.

Выводы. Доказательства действенности и эффективности арт-терапии у пациентов с шизофренией далеко не окончательны; она может давать ограниченный по времени и степени выраженности эффект и наблюдаться у части пациентов. Данные проведенного исследования свидетельствуют о том, что психодинамическая арт-терапия положительно влияет на стабилизацию психического состояния и мобилизацию когнитивных функций и личностных ресурсов пациентов в преодолении негативных последствий болезни, и может быть введена в ежедневную лечебную практику для пациентов, страдающих острыми психотическими состояниями.

Литература:

1. Patterson S., Debate J., Anju S., Waller D., Crawford M.J. (2011) *Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: results of a national survey.* / *J. Ment. Health* 20: 328–335.
2. Waller D., Gilroy A., eds. (2001) *Art therapy: A handbook.* Open University Press.
3. Spaniol S. (2001) *Art and mental illness: Where is the link?* / *The Arts in Psychotherapy* 28: 221–231.
4. Gьhne U., Weinmann S., Arnold K., Ay E.S., Becker T., et al. (2012) *Arts therapies in severe mental illness: are they effective?* / *Nervenarzt* 83: 855–860.
5. Crawford M.J., Patterson S. (2007) *Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base.* / *Evid. Based Ment. Health* 10: 69–70.

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ У ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность: ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии, причем у женщин риск возникновения и в дальнейшем пов-

торения депрессивного расстройства в два раза выше по сравнению с мужчинами. Риск заболевания на протяжении жизни составляет 7 – 12% для мужчин и 20 – 25% для женщин. По данным немецких исследователей, каждая пятая женщина в течение жизни перенесла депрессивный эпизод. Депрессии влияют на длительность пребывания больных в соматическом стационаре и на их трудоспособность. С точки зрения экономики здравоохранения, депрессия относится к ряду самых дорогостоящих болезней из-за того, что требует продолжительного лечения, госпитализации, что приводит к длительной потере трудоспособности. По данным ВОЗ, к 2020 г. депрессия будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после сердечно-сосудистой патологии. Применение краткосрочных методов когнитивно-поведенческой психотерапии, ориентированных на обучение больных и их родственников навыкам преодоления депрессии, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов, страдающих патологией эмоциональной сферы. Традиционно выделяют триаду помощи пациентам: обучение распознавания стресса (recognize); обучение стратегиям избегания (avoid); обучение стратегиям совладания (cope) с психотравмирующими факторами и другими проблемными ситуациями (Carroll, 1998).

Цель исследования: определить эффективность применения когнитивно-поведенческой модели психотерапии, адаптированной для проведения в стационарных условиях у женщин с депрессивными расстройствами, с учётом личностных особенностей.

Материал и методы исследования. В основную группу были включены 30 женщин с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении ГКПБ г. Ташкента, которым проводились краткосрочные методы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в сочетании с медикаментозным лечением. Контрольная группа состояла из 30 пациенток с депрессивной симптоматикой, которые получали только психофармакотерапию. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. Программа КПТ состояла из следующих задач: определить неадаптивное поведение, выработать мотивацию на трансформацию неадаптивных способов реагирования на адаптивное поведение для оптимизации лечения депрессий.

Результаты и обсуждение. В результате исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) – у 33,3% пациенток; смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) – у 26,7% женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) – у 20% обследованных женщин; пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) – у 10% женщин и дистимия (F34.1) – у 10% обследованных. При исследова-

нии личностных особенностей основной группы обследуемых женщин с помощью теста Шмишека-Леонгарда среди всех обследованных были выявлены: демонстративный тип личности – у 3 больных (10%), застревающий тип личности – у 8 больных (26,7%), дистимический тип – в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 5 больных (16,7%); в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности. В зависимости от типа личности, пациенткам были присущи такие черты, как неуверенность, склонность к чувству вины, пессимизм, низкая самооценка, трудности контактов, недостаток инициативы, зависимость от порядка и авторитетов. Пациентки предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе, на фоне которых легко формировалось чувство вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Основной мишенью психотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработке различных протоколов лечения депрессивной патологии в рамках КПТ. В процессе проведения когнитивно-поведенческой терапии было выявлено, что пациентки с дистимическими и демонстративными типами акцентуации характера лучше поддаются воздействию психотерапевта, быстрее усваивают предлагаемые установки по развитию самоконтроля и саморегуляции в условиях воздействия стрессовых факторов и активно меняют поведенческие реакции в ситуациях возникновения депрессий. Пациентки с тревожно-боязливыми и застревающими типами личности труднее входили в контакт с психотерапевтом, не всегда усваивали предлагаемые инструкции; эффект от проводимой терапии не достигал положительных результатов.

Выводы. Была установлена разная эффективность КПТ, что в зависимости от личностных особенностей обследованных. Так, у женщин с демонстративными и дистимическими чертами характера проведение когнитивно-поведенческой терапии в комбинации с психофармакотерапией оказывает положительное влияние на клинические проявления депрессии и обуславливает более быстрое выздоровление. Пациентки с депрессивными расстройствами в ходе проведённой когнитивно-поведенческой психотерапии овладели рядом психотерапевтических установок, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля, позволяющих самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями, что в дальнейшем сопровождалось улучшением эмоционального состояния, достижением позитивных поведенческих изменений: расширением ресурсов личности и социальных связей, устранением изнурительных реакций тревоги, страха, саморегулированием эмоциональных всплесков, обучением адаптивным поведенческим

реакциям в различных психотравмирующих ситуациях, а также выявлением внутриличностных барьеров и конфликтов, как частых компонентов депрессии.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫМ ДЕТЯМ: ОГРАНИЧЕНИЯ И РЕСУРСЫ

Бибчук М.А.

*Российский научно-исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова
Москва*

Концептуальным подходом ВОЗ является признание того, что причина низкого качества медицинской помощи заключается в недостаточной ответственности государства за качество медицинского обслуживания; при этом обеспечение качества не может быть «приказано» системе здравоохранения – для его улучшения необходимо, чтобы культура качества разделялась руководителями учреждений и персоналом.

Ограничения в обеспечении качественной психотерапевтической помощью психически больных детей заложены в законодательстве РФ. Так, основным ведомственным приказом МЗ РФ №438 от 16.09.2003 г. «О психотерапевтической помощи» определяет компетенции врача-психотерапевта, как лечение лиц с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации, психическими заболеваниями в стадии ремиссии. А разве умственно отсталому или страдающему эпилепсией или непрерывно-текущей шизофренией ребенку не нужна помощь специалиста в преодолении социальной изоляции? Разве семье ребенка-инвалида вследствие душевного заболевания не нужна поддержка?

Процесс деинституционализации психиатрии требует активного развития внебольничных форм помощи. Приказом МЗСР РФ от 17.05.2012 г. №566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» предполагает внедрение новых организационных форм психиатрической помощи (таких как медико-реабилитационное отделение и отделение интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях), более доступных для родителей маленьких пациентов и ориентированных в значительной степени на психотерапевтическую или социально-психологическую помощь. Однако даже в мегаполисах эти формы помощи не получили распространения – несмотря на имеющийся опыт (Иванова Т.И., Крахмалева О.Е., Барышева О.М., 2015), свидетельствующий о том, что уменьшение доли стационарных служб для детей и подростков и параллельный рост внебольничных структур позволяет оказывать качественную помощь и сохранять интегрированность детей в привычную социальную среду.

В отсутствии адекватных инструментов организаторы здравоохранения не в состоянии провести оценку

эффективности как текущих, так и планируемых затрат, например, при внедрении стационара на дому для душевнобольного ребенка. Естественно, стационар на дому экономически целесообразен, но как посчитать затраты на обучение родителей, их интенсивную подготовку для создания коррекционно-развивающей среды дома, если у нас в стране нет государственных программ для родителей, как несоответствующих лицензированным программам в частном здравоохранении.

Указанный выше «Порядок» закрепляет за психиатрической больницей и диспансером функцию привлечения семей пациентов к реализации программ медико-социальной реабилитации. Кроме того, в 1998 г. были утверждены временные отраслевые Стандарты оказания медицинской помощи детям (Приказ МЗ РФ от 7.05.1998г. №151 с изм. приказ МЗСР РФ от 28.04.2007г. №306), в которые включена семейная психотерапия при ВСЕХ нозологических формах психических расстройств в детском возрасте.

По мнению ВОЗ (выпуск 6, 2005), обеспечение качества медицинской помощи (КМП) включает в себя три критерия, т.е. является непрерывным, практически осуществимым (имеет различные методы измерения и улучшения качества) и оцениваемым (внутренними и внешними параметрами).

Оценка качества помощи семьей, имеющей ребенка с нарушениями в психическом здоровье и/или развитии, может стать ресурсом в системе управления (обеспечения) качества медицинской помощи детскому населению. Это обусловлено рядом обстоятельств.

1. Родители могут быть гарантом и проводником *преимущества* лечебно-педагогической помощи душевнобольному ребенку. Они могут напрямую обеспечить непрерывность оказываемой помощи: дома – в стационаре, зимой – летом, в дошкольном возрасте – в школьный период. Включение родителей способствует: (а) выбору оптимального «маршрута» лечения ребенка за счет получения ими информации от смежных специалистов и уменьшения стигматизации; (б) повышению эффективности лечения за счет своевременного обращения родителей за помощью; (в) росту готовности родителей к сотрудничеству со специалистами; (г) удлинению периода ремиссии и сокращению частоты госпитализации душевнобольного ребенка за счет повышения уровня функционирования семьи и способности формировать внутрисемейные механизмы адаптации; (д) созданию в семье коррекционно-развивающей среды за счет укрепления родительской ответственности, формирования стрессоустойчивости, обучения приемам воспитания и развития ребенка.

2. При вовлечении родителей в процесс оказания помощи ребенку становятся *практически осуществимы* перемены в сторону обеспечения ее качества за счет использования соответствующих конкретных *методов* – таких как семейное консультирование и семейная психотерапия, психообразовательные программы и родительский тренинг.

В качестве примера отметим тренинг навыков родителей – структурированную обучающую программу, направленную на формирование готовности к изменениям в ближайшем микросоциальном окружении ребенка – в семье. Задачи подготовки родителей в рамках подобной программы включают:

- обучение приемам совладания со стрессом, возникающим в результате ощущения собственной родительской некомпетентности, изоляции и стигматизации семьи душевнобольного ребенка в обществе; преодоление психофобий и амбивалентности по отношению к психиатрической службе, ограничения контактов;
- достижение согласованной позиции между родителями в вопросах воспитания;
- освоение навыков управления «неуправляемым» поведением ребенка, помощи ребенку в социализации и улучшении адаптивных способностей;
- создание/восстановление сети социальных контактов;
- формирование отношений доверия и сотрудничества со специалистами.

3. Одним из параметров оценки качества медицинской помощи является степень удовлетворенности потребителей. По мнению экспертов ВОЗ, качество здравоохранения определяется в значительной степени как уровень соответствия справедливым ожиданиям населения, а в области медицины детского возраста и детской психиатрии, в частности – как соответствие ожиданиям и удовлетворение потребностей родителей больных детей. Оценка субъективной удовлетворенности родителей позволяет прогнозировать комплаенс детей при их выписке из стационара, а, следовательно, частоту рецидивов и регоспитализаций, готовность к сотрудничеству со специалистами внебольничной помощи. Однако исследователи (Кондинский А.Г., 2015) утверждают, что руководство и персонал медицинских организаций психиатрического профиля часто не заинтересованы в получении обратной связи.

Эксперты ВОЗ считают, что важным компонентом обеспечения качества медицинской помощи является непрерывная профессиональная подготовка медицинского персонала. В тоже время существующий кадровый дефицит специалистов, умеющих работать с семьей, ограничивает возможности использования ресурсов ближайшего микросоциального окружения ребенка. Если руководитель медицинской организации не считает, что работа с законными представителями психически больного ребенка является путем обеспечения качества медицинской помощи, то он не будет заинтересован в повышении квалификации детских психиатров и психотерапевтов по программам дополнительного профессионального образования в направлении семейной психотерапии. Таким образом, при сохранении дефицита кадров, будет страдать и обеспечение душевнобольных детей качественной медицинской помощью.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКАМ ПОГИБШИХ В АВИАКАТАСТРОФЕ САМОЛЕТА А-321 В ЕГИПТЕ

Бедина И.А., Баева А.С., Алкеева-Костычева Е.А., Михалевская О.В., Грозовская М.С., Цекин В.П.

*ФМНИЦПН им. В.П. Сербского
Москва*

Рост технического прогресса в современном обществе сопровождается увеличением частоты техногенных катастроф, среди которых особое место занимают транспортные катастрофы. По данным международной статистики, к 2011 г. Россия вышла на первое место в мире по количеству чрезвычайных ситуаций на авиационном транспорте. 31.10.15 г. в авиакатастрофе самолета А-321, следующего рейсом Шарм-Эль-Шейх – Санкт-Петербург, погибли 224 человека.

Следует отметить, что любая чрезвычайная ситуация выступает этиологическим фактором развития психогенных реакций и последующих психоэмоциональных нарушений не только для пострадавших при ЧС, но и их родственников. В связи с этим, из числа сотрудников отделения неотложной психиатрической и психологической помощи при чрезвычайных ситуациях ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ была сформирована бригада врачей-психиатров и психотерапевтов для оказания психолого-психиатрической помощи родственникам погибших.

Задачи бригады включали следующие:

- мониторинг психического состояния родственников погибших;
 - оценка психического состояния родственников погибших и определение у них степени выраженности психических нарушений, связанных со стрессом;
 - проведение своевременных психотерапевтических и фармакотерапевтических мероприятий, направленных на коррекцию психических нарушений, связанных со стрессом;
 - профилактика острых психогенно обусловленных психических нарушений;
 - проведение психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, направленных на повышение адаптационных возможностей индивида и предупреждение развития посттравматических стрессовых расстройств на отдаленном этапе ЧС;
 - выявление лиц с обострением хронических психических расстройств и оказание им специализированной помощи;
 - решение вопросов госпитализации лиц из указанных выше групп;
 - оказание методической помощи специалистам, участвующим в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС по вопросам особенностей развития и течения стрессовых расстройств, а также тактики сопровождения пострадавших в судебно-следственных мероприятиях.
- Для реализации поставленных задач сотрудниками бригады были развернуты следующие пункты психолого-психиатрической помощи:

- в месте размещения родственников погибших (в гостинице);
- на территории крематория (в период опознания тел погибших);
- в зале ожидания;
- в морге.

В гостинице осуществлялась консультативная и психотерапевтическая помощь в круглосуточном режиме. Выполнялись плановые профилактические обходы мест размещения родственников погибших с целью мониторинга их психического состояния и проведения разъяснительной работы о возможности возникновения у них на отдаленном этапе ЧС постстрессовых расстройств. За период работы пункта было зафиксировано 248 самостоятельных обращений. Помимо этого, сотрудники бригады принимали участие в подготовке и организации встреч родственников погибших с представителями ведомств, участвующих в ликвидации ЧС (МЧС, следственный комитет, бюро судебно-медицинской экспертизы, комитет по социальной защите, Ингосстрах) с целью выявления и предупреждения агрессивных тенденций и возможной индукции среди родственников погибших.

В период проведения процедуры опознания тел погибших на территории крематория режим работы специалистов бригады психолого-психиатрической помощи определялся режимом работы учреждения. В зале ожидания крематория сотрудниками бригады осуществлялось выявление лиц с возможными агрессивными тенденциями и психомоторным возбуждением с целью предупреждения и купирования расстройств в психической сфере и нарушений поведения. Оказывалась адресная медико-психологическая помощь родственникам погибших, самостоятельно обратившихся к специалистам за психотерапевтической помощью. Всего было зафиксировано 30 обращений.

В морге, во время проведения процедуры идентификации тел погибших, специалистами бригады оценивалась динамика психического состояния родственников и, в случае необходимости, оказывалась специализированная помощь. По окончании опознания тел погибших, врачи специализированной бригады принимали участие в ритуальных мероприятиях и процедуре выдачи тел родственникам. На данном этапе было зафиксировано 52 обращения от лиц, участвующих в траурных мероприятиях (знакомые, друзья, родственники погибших).

Наряду с этим, сотрудниками бригады психолого-психиатрической помощи осуществлялась методическая помощь специалистам, участвующих в ликвидации последствий ЧС (психологам, врачам скорой помощи, представителям Следственного комитета и комитета по социальной защите населения, сотрудникам морга) по вопросам тактики сопровождения родственников погибших в судебно-следственных и траурных мероприятиях.

Опыт показывает, что своевременная и адекватная психолого-психиатрическая помощь, организованная на ранних этапах ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации, способствует про-

филактике острых психогенно-обусловленных психических нарушений и посттравматических стрессовых расстройств на отдаленных этапах ЧС.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С СУБЪЕКТИВНОЙ ГОТОВНОСТЬЮ К ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ГОСПИТАЛИЗМА

Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Для пациентов с синдромом госпитализма характерным феноменом является ухудшение состояния непосредственно перед выпиской или сразу после нее, выраженность которого связана, в том числе, и с таким фактором, как субъективная готовность пациента к выписке из стационара. Психологическая настроенность пациента на продолжение стационарного лечения ухудшает качество ремиссии, снижает степень комплаентности на амбулаторном этапе, увеличивает вероятность повторной госпитализации или многократной смены терапии.

Целью настоящего исследования являлось изучение актуального эмоционального состояния пациентов с госпитализмом и без такового – в зависимости от степени их субъективной настроенности на выписку, а также поиск возможных индивидуальных психологических предикторов неготовности к выписке в этих группах.

В исследование были включены 122 пациента в возрасте от 55 до 91 года (средний возраст – $67,37 \pm 7,8$ лет), из них 104 женщины (85,2%) и 18 мужчин (14,8%), находившиеся на стационарном лечении в отделении гериатрической психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева в связи с психическими расстройствами. 39,3% составили пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством, 20,5% – пациенты с депрессивным эпизодом; органические заболевания головного мозга составили 19%, шизофрения и шизотипическое расстройство – 1%, а невротические и связанные со стрессом расстройства – 14%. Исследование проводилось на этапе завершения курса стационарного лечения и подготовки к выписке. Основными методами являлись клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, клиничко-психологический и экспериментально-психологический, с оценкой клинической истории болезни и социодемографических параметров. Для оценки актуального психоэмоционального состояния использовались шкала депрессии Гамильтона и интегративный тест тревожности. Индивидуально личностные характеристики пациентов исследовались при помощи Я-структурного теста Г. Аммона, опросника для выявления стиля межличностных отношений Т. Лири и теста смысложизненных ориентаций.

Из общего пула обследованных были выделены 59 пациентов, обнаруживавших признаки госпитализма, они составили основную группу. 63 обследованных не

обнаруживали признаков госпитализма и вошли в контрольную группу. Основная и контрольная группа не имели достоверных различий по возрасту, полу, основному диагнозу, этиологии заболевания, общей длительности заболевания, индексу коморбидности. Пациенты с признаками госпитализма и без таковых были разделены в зависимости от субъективной оценки собственной готовности к выписке на три подгруппы (полностью готов (1), частично готов (2), не готов (3)).

Субъективная готовность к выписке (0 – готов полностью, 2 – совсем не готов) была достоверно больше в контрольной группе – $0,4 \pm 0,645$ (в основной $0,79 \pm 0,658$, $p < 0,05$).

Показатели депрессии и тревоги шкалы Гамильтона также как и показатели личностной тревожности ИТТ не имели достоверных различий в обеих группах. Однако ситуативная тревога оказалась выше у пациентов с госпитализмом ($6,90 \pm 2,55$, в контрольной группе $5,83 \pm 2,60$, $p < 0,05$). Низкая готовность к выписке в контрольной группе приводила к увеличению показателя фобического компонента ситуативной тревоги ($4,69 \pm 2,47$ у пациентов настроенных на выписку и $8,00 \pm 1,41$ у пациентов настроенных на продолжение лечения, $p < 0,05$), а в группе пациентов с госпитализмом при неготовности к выписке, помимо фобического компонента ($4,38 \pm 2,56$ в первой подгруппе и $7,5 \pm 0,7$ в третьей, $p < 0,05$), выше оказались показатели эмоционального дискомфорта ($4,13 \pm 2,80$ в первой и $8,50 \pm 0,71$ в третьей подгруппе, $p < 0,05$) и ситуативной тревоги в целом ($5,00 \pm 2,88$ в первой и $9,0 \pm 0,1$ в третьей подгруппе, $p < 0,05$) (здесь и далее: если показатели второй подгруппы не упомянуты, их следует считать промежуточными).

Общим для основной и контрольной групп пациентов индивидуально-психологическим фактором, связанным с субъективной настроенностью на выписку, оказалась тенденция внутреннего Я-отграничения, согласно методике Г. Аммона, отражающая соотношение конструктивных и дефицитарно-деструктивных аспектов отграничения «Я» как центра осознаваемых переживаний от других интрапсихических структур. В обеих группах большей степени готовности к выписке соответствовали большая конструктивность и меньшая представленность деструктивных и дефицитарных аспектов данного показателя. У готовых к выписке пациентов контрольной группы $0,93 \pm 0,57$ и основной $0,53 \pm 0,21$, у не готовых к выписке пациентов контрольной $0,46 \pm 0,18$ и основной группы $0,32 \pm 0,25$, $p < 0,05$.

У пациентов с признаками госпитализма, в отличие от контрольной группы, низкая готовность к выписке оказалась связана с еще одним показателем Я-структурного теста – тенденцией нарциссизма. Аналогичным образом большая конструктивность данного фактора соответствовала большей готовности к выписке. У готовых к выписке пациентов контрольной группы $2,00 \pm 2,24$ и основной $1,03 \pm 1,11$, у не готовых к выписке пациентов контрольной $0,35 \pm 0,49$ и основной группы $0,13 \pm 0,04$, $p < 0,05$. Применение опросника стиля межличностных отношений Т. Лири

выявило, что пациенты с признаками госпитализма, частично готовые к выписке или сомневающиеся (вторая подгруппа), имели более высокий показатель подозрительности и критичности по отношению ко всем социальным явлениям и окружающим людям ($6,90 \pm 2,85$), по сравнению с подгруппами готовых ($3,50 \pm 1,31$) и неготовых к выписке ($1,67 \pm 2,85$, $p < 0,05$), что вероятно может быть связано с некоторыми затруднениями в принятии решений и скептичности при оценке врачебных рекомендаций. В контрольной группе наблюдалась сходная тенденция, однако различия между группами не были достоверны.

У пациентов без признаков госпитализма, в отличие от основной группы, между исследуемыми подгруппами были выявлены различия по субшкале «процесс жизни» теста смысложизненных ориентаций: более низкие баллы по данной субшкале имели пациенты сомневающиеся или частично готовые к выписке ($17,20 \pm 5,50$), в то время как у пациентов двух других подгрупп балл составил $26,93 \pm 7,4$ в первой и $29,50 \pm 2,12$ в третьей ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенное исследование показало, что низкая субъективная психологическая готовность к выписке приводит к усилению тревожности в предвыписной период, причем у пациентов с признаками госпитализма данная реакция более выраженная. Кроме того, степень настроенности на выписку может быть связана с различными индивидуально-личностными характеристиками у пациентов с синдромом госпитализма и без признаков госпитализма.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ И БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ АЭРОФИТОТЕРАПИИ

Бобрик Ю.В.¹, Кулинченко А.В.²

¹ Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ГКФУ имени С.И. Вернадского

² Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1
Симферополь

Ведущее место среди психических заболеваний, послуживших причиной признания лица инвалидом, занимает шизофрения (46-53%). Большая численность больных с ограниченными возможностями вследствие психических заболеваний обуславливает необходимость создания эффективной системы лечебно-реабилитационных мероприятий, адресованной данной категории инвалидов, что определяет актуальность исследований в этой области.

Цель исследования. Определение уровня тревожности и порогов болевой чувствительности (БЧ) у практически здоровых лиц и больных шизофренией под воздействием аэрофитотерапии с применением лавандового эфирного масла.

Материал и методы. Для тестирования порогов поверхностной ноцицептивной чувствительности использовался патентованный способ определения

поверхностной болевой чувствительности с помощью лабораторного алгезиметра. Для этого алгезиметр устанавливали вблизи ногтевого ложа у практически здоровых людей и больных шизофренией, производя на него давление до возникновения отчетливого болевого ощущения. Найденный порог болевой чувствительности выражался в единицах шкалы алгезиметра (усл. ед.). Порог БЧ определялся у 31 здорового испытуемого и у 34 больных шизофренией. Для коррекции психоэмоционального состояния у 20 пациентов шизофренией на фоне проводимой базисной терапии применялась аэромафитотерапия с использованием эфирного масла лаванды. До и после проведения процедуры ароматерапии обследуемым пациентам проводилось нейропсихологическое тестирование для определения уровня личностной и реактивной тревоги по методике Спилберга-Ханина. Результаты исследования подвергли математическому анализу с использованием методов вариационной статистики. Достоверность определяли по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Полученные результаты. Выявлено, что уровень порога БЧ и реактивной тревожности был повышен у обследуемых больных шизофренией, по сравнению с группой практически здоровых лиц, в 2,1 раза ($p < 0,001$) и в 4,9 раза ($p < 0,001$) соответственно. Под влиянием ароматерапии у пациентов с шизофренией выявлено снижение порога БЧ и реактивной тревожности, соответственно, на 26% ($p < 0,01$) и на 7% ($p < 0,05$). Достоверных изменений изначально повышенного уровня личностной тревоги у больных шизофренией в исследовании не обнаружено.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод, что ноцицептивные системы у больных шизофренией имеют более высокий порог возбуждения, чем у здоровых людей, что объясняет некоторые клинические особенности течения основного и сопутствующих заболеваний у данной категории лиц. Применение аэрофитотерапии с использованием эфирного масла лаванды позволяет снизить изначально повышенный уровень реактивной тревожности у пациентов с шизофренией.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Борисова Д.Ю.

*Городская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург*

Цель длительной танцевально-двигательной терапии (ТДТ) – коррекция избыточных психофизических состояний, укрепление душевного, социального и физического здоровья, а также формирование самодисциплины участников группы, поиск новых ресурсов, интересов,

умение ставить адекватные цели, освоение методов саморегуляции, повышение социальной адаптации.

Исследование проведено в отделении принудительного лечения Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кащенко. Цель исследования: изучить возможности применения ТДТ у пациентов, проходящих принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа, влияние метода на психомоторную и психоэмоциональную сферу пациентов. Предмет исследования: техники и методы ТДТ. Объект исследования: психомоторные проявления и психоэмоциональные состояния (агрессивность, самочувствие, активность, настроение) пациентов.

В исследовании приняли участие 23 больных мужского пола, прошедших установочный курс длительной ТДТ в смешанных группах. Выборка была представлена пациентами с умственной отсталостью; синдромом зависимости от алкоголя, психоактивных веществ; шизофренией, органическим расстройством личности; биполярным расстройством. Возраст пациентов составлял от 26 до 62 лет (средний возраст – 37 лет). Группа включала постоянных участников до 14 человек. Курс состоял из 30 терапевтических встреч длительностью до 1,5 часов, частотой сессий на установочном этапе 2 раза в неделю, а далее 1 раз в неделю.

Методы исследования: Трехэтапная проба «Кулак-ребро-ладонь» (Лурия А.Р., 1973; Хомская Е.Д., 2003), опросник «Самочувствие, активность, настроение» – САН (Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Шарай В.Б., Мирошников М.П.); Тест агрессивности (Опросник Л.Г. Почебут), «Телесный анализ» Н.Ю. Оганесян.

Результаты, полученные по трехэтапной пробе «Кулак-ребро-ладонь». Оценивалась скорость формирования двигательного стереотипа, способность к переключению и удержанию двигательной программы. У 40% пациентов до начала танцевально-двигательной терапии отмечались импульсивность выполнения, трудности вхождения в задание; у 50% – напряженность, замедленность выполнения, сбой при убыстрении темпа выполнения. Около 10% пациентов стремились к упрощению программы, отмечалась тенденция к стереотипии; также у некоторых пациентов отмечались такие ошибки выполнения, как нарушение пространственной организации движений, в одном случае – дезавтоматизация, нарушение последовательности, невозможность усвоения двигательной программы.

Результаты, полученные по методике САН, до начала танцевальной терапии. Средние показатели функциональных состояний пациентов: Самочувствие (5,4) – нормативный показатель; активность (4,1) – средний показатель; настроение (4) – средний показатель. Нормальные оценки состояния располагались в диапазоне 5,0–5,5 баллов; показатели ниже 4 свидетельствовали о неблагоприятном состоянии. Около половины пациентов имели заниженные показатели по шкале Активность, Настроение.

Результаты, полученные по опроснику Л.Г. Почебут, до начала танцевально-двигательной терапии. Средний общегрупповой показатель агрессивности (14,7) соответствовал среднему уровню агрессивности и адаптированности. 3 пациента имели высокий уровень агрессивности; 15 участников – средний; 5 – низкий уровень агрессивности. Общие показатели: ВА (вербальная агрессия) – 3,2 – средний уровень; ФА (физическая агрессия) – 4 – средний уровень; ПА (предметная агрессия) – 3 – средний уровень; ЭА (эмоциональная агрессия) – 2,6 – низкий уровень; СА (самоагрессия) – 2 – низкий уровень. Низкий уровень агрессии свидетельствует о высокой степени адаптивности поведения, высокий уровень агрессии говорит о низких адаптационных возможностях.

Результаты, полученные по методике «Телесный анализ» Н.Ю. Оганесян, в начале танцевально-двигательной терапии. По пятибалльной шкале показатели оценивались следующим образом: 0 – отсутствие признака, 1 – практически отсутствует, 2 – редко, 3 – иногда, 4 – достаточно часто, 5 – явный признак. Ниже приведены средние общегрупповые показатели некоторых параметров методики в баллах: Активные движения (2,1); Неактивные движения (3,2); Упорядоченные движения (3,6); Хаотичные (2,2); Сильные (2,7); Слабые (2,4); Быстрые, резкие (3,3); Медленные, плавные (1,6); Вариативные (1,5); Стереотипные (4,4); Повторяет движения по образцу (2,6).

Примерно у 60% пациентов преобладали пассивные, стереотипные движения. Из частей тела чаще всего использовались руки и ноги, когда голова и корпус практически не участвуют в танце. В основном, танец исполнялся, стоя на одном месте или вокруг себя; отмечался высокий уровень телесного напряжения, скованность. Почти у 40% пациентов отмечалось преобладание быстрых и резких движений, зачастую хаотичных по организации, при этом также ограниченных в вариативности.

Результаты, полученные после прохождения курса танцевально-двигательной терапии, по трехэтапной пробе «Кулак-ребро-ладонь». У пациентов отмечалась сформированность двигательного стереотипа, способность к переключению и удержанию двигательной программы: в быстром темпе – у 50%; в среднем – у 30%; в медленном темпе – у 20%. В одном случае испытуемый допускал значительное количество ошибок выполнения, исправлял их самостоятельно без подсказки. У всех участников группы значительно сократилось количество ошибок при убыстрении темпа выполнения.

Результаты, полученные по методике САН после танцевальной терапии. Средние показатели функциональных состояний пациентов: самочувствие (5,8) – нормативный показатель; активность (5,6) – нормативный показатель; настроение (5,3) – нормативный показатель. После танцевальной терапии общегрупповой показатель Активности и Настроения повысился до нормального уровня, что свидетельствует о благоприятном состоянии пациентов.

Результаты, полученные по опроснику Л.Г. Почебут, после проведения танцевально-двигательной терапии. Средний общегрупповой показатель агрессивности

(12,4) соответствует среднему уровню агрессивности и адаптированности. Ни один из участников не продемонстрировал высокого уровня агрессивности, 16 пациентов имели средний уровень агрессивности и 7 – низкий. Общие показатели: ВА (вербальная агрессия) 3,6 – средний уровень; ФА (физическая агрессия) 2,7 – низкий уровень; ПА (предметная агрессия) 2,9 – низкий уровень; ЭА (эмоциональная агрессия) – 2,1 – низкий уровень; СА (самоагрессия) 2,2 – низкий уровень. Существенное снижение уровня агрессии наблюдалось по параметрам физической агрессии, а также не столь выраженное – по эмоциональной и предметной агрессии. Интересные результаты были получены по параметру Самоагрессия. Л.Г.Почебут подразумевает под самоагрессией отсутствие или ослабление механизмов психологической защиты человека, указывая на его незащитное положение в агрессивной среде; самоагрессия также может свидетельствовать о повышении критичности к себе и своим действиям. Несмотря на то, что средний балл по данному показателю остался прежним, около половины участников продемонстрировали снижение уровня агрессии, а вторая половина – повышения уровня агрессивности в пределах нормы. Можно предположить, что участие в групповой танцевально-двигательной терапии способствовало снижению защитных механизмов участников группы и повысило их осознанность к деятельности.

Результаты, полученные по методике «Телесный анализ» Н.Ю.Оганесян, по завершению танцевально-двигательной терапии. Общие групповые показатели некоторых параметров методики в баллах: Активные движения (3,5); Неактивные движения (1,4); Упорядоченные движения (4); Хаотичные (1,2); Сильные (3,2); Слабые (2,6); Быстрые, резкие (2,9); Медленные, плавные (2,3); Вариативные (2,7); Стереотипные (2,4); Повторяет движения по образцу (3).

В завершении курса танцевально-двигательной терапии отмечалось повышение двигательного репертуара и активности участников, при этом, что немаловажно, резкие и быстрые движения зачастую сменялись менее угловатыми и плавными движениями в комфортном и медленном темпе. По организации движения становятся более упорядоченными и предсказуемыми, что способствует повышению большего понимания и сплоченности между участниками в процессе невербальных коммуникаций.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ И/ИЛИ АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бочаров В.В., Шишкова А.М.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М.Бехтерева
Санкт-Петербург*

Известно, что болезнь члена семьи является экстремальным по силе психотравмирующим фактором, способным значительно изменить не только привычный образ жизни родственников и близких больного, но и

заметно трансформировать всю их психическую сферу. Вместе с тем, если для одних болезнь близкого является лишь дополнительной стрессовой нагрузкой, не превышающей ресурсных возможностей их личности, то у других, порождая глубокий экзистенциальный кризис, представляет собой вызов для всей личности, требующий ясного понимания собственной идентичности и детерминирующий коррекцию всей системы ее значимых отношений. При неблагоприятном исходе такой кризис может вызывать развитие психической и соматической патологии или глубокий регресс личности.

В этой связи, значимым представляется изучение сущностных компонентов, оказывающих влияние на формировании субъективного переживания хронического заболевания близкого родственника.

Существуют разные подходы к описанию психологических феноменов, проявляющихся у родственников хронически больных. Так, одни авторы концентрируются на влиянии хронического стресса, переживаемого родственниками (Голубева М.С., 2006.; Хазова С.А., Ряжева М.В. 2012.; Hastings R.P. et al., 2005.; Whalen C.K. et al., 2006). Другие исследователи отмечают последствия хронических стрессовых перегрузок, обусловленных болезнью близкого, которые, в свою очередь, приводят к эмоциональному истощению опекающих больного родственников, дегуманизации отношения к нему, то есть «выгоранию» вовлеченных во взаимодействие с больным членов семьи (Lindstrom C., Aman J., Norberg A.L., 2010). Третьи фокусируются на оценке материальных, эмоциональных и прочих затрат, сопряженных с болезнью близкого, концептуализируя их как «бремя семьи» (Корень Е.В., Куприянова Т.А., Сухотина Н.К., 2012; Biegel D.E. et al., 2007; Nebhinani N. et al., 2013). Четвертые обращают особое внимание на изменение психической дистанции между больным и опекающими его родственниками, как правило, рассматривая этот процесс в рамках концепции созависимости (Баранок Н.В., Крупицкий Е.М., 2012; Николаев Е.Л., Чупрова О.В., 2013; Beattie M., 2001; Fuller, J.A., Warner R.M., 2000).

Следует отметить, что отсутствие целостного, согласованного понимания картины происходящего с близкими хронически больных, в частности, родственниками больных с психическими расстройствами и/или химическими аддикциями, часто ведет к значительным искажениям понимания сути психологии родственника хронически больного.

Для того, чтобы преодолеть явно существующую в настоящий момент однобокость описаний психологии члена семьи хронически больного, характерную для выше перечисленных концепций, необходимо проанализировать как общую структуру кризисных переживаний близких, наиболее вовлеченных в жизнь больного с психическими и/или аддиктивными расстройствами, так и ее отдельные компоненты, представленные такими потенциально психопатологизирующими (способствующими развитию психологического кризиса) процессами как «симбиотический регресс», «бремя семьи» и эмоциональное «выгорание».

При этом, важно сконцентрировать усилия на изучении личностной активности родственников хронически больного, в одних случаях приводящей к конструктивному взаимодействию последних с макро- и микросоциальным окружением, а в других вызывающей развитие глубокого психологического кризиса и патологических форм реагирования в сложившейся жизненной ситуации.

Такой подход позволит сформировать представления об оптимальной смыслообразующей активности личности, необходимой для сохранения баланса между стремлением обеспечить максимальную поддержку больному родственнику, с одной стороны, и желанием опекающего члена семьи самоактуализироваться и сохранить собственную идентичность, с другой. Понимание механизмов, формирующих субъективные переживания болезни близкого членами его семьи, является принципиально важным с точки зрения психогигиены, психопрофилактики и психокоррекции.

КРИТЕРИИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ, СОВЕРШИВШИМИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Гажа А.К., Тулупова О.В.

Тамбовская психиатрическая клиническая больница Тамбов

С 2008 г. усилиями администрации ОГБУЗ «ТПКБ» было открыто отделение принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа, где стала активно разрабатываться лечебно-реабилитационная программа для данного профиля. В 2010 г. программа была рассмотрена на реабилитационном совете, утверждена главным врачом и внедрена в работу отделения. В основу программы взята формула общественно опасных действий. Особенностью программы послужило использование бригадного метода работы, индивидуальность, этапность, преемственность. Базовой основой стала разработка индивидуальной лечебно-реабилитационной коррекции больных совершивших общественно опасные действия: ФОО с учетом заболевания, определение психологического и социального статуса каждого пациента.

Нами было обследовано 192 пациента, находившиеся на принудительном лечении в отделении специализированного типа ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» в период с 2008-2012 гг. Все пациенты были мужского пола; средний возраст изучаемой выборки составил от 30,6±15,4 года. По нозологии: 110 чел. – с диагнозом шизофрения (F-20.0); 36 – с диагнозом умственная отсталость (F-70.08); последствие органического поражения ЦНС – 23 чел. (F-60.8); алкогольная зависимость – 4 чел. (F-10); деменция (F-02), другое – 9 чел. Состав обследуемых в полной мере соответствовал понятию «степень общественной опасности» по критериям тяжести и кратности совершаемых общественно опасных действий.

Результаты исследования показали, что возрастание степени общественной опасности отражало сложные аспекты заболевания и определялось взаимодействием неблагоприятных психологических и социальных факторов. Из клинических переменных ведущая роль принадлежала психопатологическому синдрому, который определял механизм ООД. Среди психологических факторов имело место межличностный конфликт в семье и ближайшем окружении – 85%, агрессивные тенденции – 70%, внутриличностный конфликт – 56%. Среди социальных факторов наибольшее значение имели негативное влияние ближайшего окружения (адаптация на криминальном уровне) – 94%, асоциальные установки – 95%, дефицитарная симптоматика – 75,50%, отсутствие стабильного источника дохода – 100%, а также совершение правонарушения в преморбидном периоде. С целью повышения социальной адаптации во время принудительного лечения все пациенты, получая комплексную психофармотерапию, были задействованы в психосоциальных реабилитационных мероприятиях, таких как лечебно-реабилитационная коррекция (индивидуальная и групповая), трудотерапия и досуговая деятельность.

Это позволило добиться значительного улучшения состояния больных, стойких ремиссий с уменьшением выраженности дефицитарной симптоматики – 44%, агрессивных тенденций – 5,5%, внутриличностных конфликтов – 33%, а также минимизации негативного влияния среды (уменьшение асоциальных установок – 10%, уменьшение адаптации на криминальном уровне 64%).

Таким образом, особая степень общественной опасности больных формируется в результате взаимодействия клинко-социальных факторов. Исходя из этого, принудительное лечение данного контингента лиц целесообразно осуществлять с использованием комплекса методов – психофармотерапии и психосоциальной реабилитации. Разработанные индивидуальные программы реабилитации (ИПР) для каждого пациента позволяют добиться улучшения психического состояния и редукции степени общественной опасности и, кроме того, осуществлять вторичную профилактику ООД на условиях АПНЛ при прохождении пациентами той же ИПР, что, в конечном итоге, будет определять необходимые сроки принудительного лечения для каждого пациента.

Выводы. Пациенты, задействованные в программе в период пребывания на принудительном лечении, более дисциплинированно поддерживают внутриведомственный режим. У них более стойко сформирована мотивация на продолжение поддерживающего лечения и ведение здорового образа жизни. В целом, изменился сам микроклимат внутри отделения: больные стали более сплоченными, общительными, научились правильно распределять свое рабочее и свободное время. Появилась критика к своему психическому состоянию, улучшилась способность прогнозировать и контролировать поведение.

СОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гажа А.К., Тулупова О.В.

Тамбовская психиатрическая клиническая больница Тамбов

Принудительное лечение (ПЛ), является мерой медицинского характера, и, имеет своей целью устранение опасности больного для себя и окружающих путем проведения необходимых лечебных и реабилитационных мероприятий.

Актуальность: В последние годы психосоциальная реабилитация (ПСР) стала приоритетной в практике ПЛ. Основой проведения ПСР является формула общественной опасности (ФОО): ведущий синдром на момент совершения общественно-опасного деяния (ООД), механизм и способствующие факторы совершения ООД. На базе отделения принудительного лечения психиатрического стационара специализированного типа Тамбовской психиатрической клинической больницы в 2015г. проведено исследование.

Цель исследования: повышение качества лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий при проведении ПЛ.

Материал и методы исследования. Было проведено изучение сплошной выборки пациентов, поступивших в стационар в период с 2010 по 2015 гг. и находящихся на ПЛ до настоящего времени. Всего обследовано 54 человека, из которых 28 (52%) пациентов совершили ООД по негативно-личностному механизму (1 группа) и 26 (48%) – по продуктивно-психотическому механизму (2 группа). Все обследованные – мужчины. Критериями включения в исследование было наличие психического расстройства, лишившего больного способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

Результаты исследования: Причинами совершения ООД для 1 группы обследуемых в 100%-х случаев явилась их социальная неустроенность (алкоголизация, трудовая и семейная неустроенность, окружение), а для 2 группы – отсутствие лечения, либо нарушение лекарственного режима, и как следствие, обострение заболевания. Программа ПСР для пациентов, находящихся на ПЛ, рассчитана на длительный срок и проводится в учреждении закрытого типа. Это позволяет исключить влияние неблагоприятных факторов социума на реабилитируемую личность, и, одновременно, положительно повлиять на их социальную неустроенность. При поступлении в стационар 90% пациентов 1-й группы страдали «умственной отсталостью», «деменцией» и «органическим поражением ЦНС» и в 100%-х они имели низкий реабилитационный потенциал (РП). Со всеми пациентами 1-й группы ПСР проводилась по трем направлениям (лечебное, психологическое, социальное) с акцентом на социальный фактор (причину совершения ООД) – восстановление их социального статуса, работа с родственниками (преодоление стигмы и эмоциональная поддержка пациента и его се-

мы), тренинги социальных навыков, участие в трудовой терапии и профилактика алкоголизма (врач-психиатр, социальный работник, медицинская сестра, инструктор по трудовой терапии, родственники, врач-нарколог), при минимальном психотропном лечении. На фоне проведения ПСР, с акцентом на социальный фактор, у всех пациентов данной группы после прохождения всех этапов реабилитации, их РП возрос до среднего и сформировался стойкий социально- приемлемый стереотип поведения.

Выводы. Индивидуальный подход (с учетом ФОО), бригадный метод работы (врач-психиатр, психолог, социальный работник, медицинская сестра, инструктор по трудовой терапии, родственники, врач-нарколог), этапность, длительность и преемственность (между больничной и внебольничной службами) являются гарантом формирования стойкого социально-приемлемого стереотипа поведения у пациентов со стойким снижением их социальной опасности для себя и для окружающих, что является профилактикой совершения ими ООД.

ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Гажа А.К., Тулупова О.В.

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница
Тамбов*

Актуальность. Длительные сроки принудительного лечения обуславливают значительную утрату трудовых навыков, которые пациенты имели до поступления в стационар. Задачей трудовой терапии является организация целенаправленной деятельности больного, которая строится в условиях производственных отношений, свойственных обществу, и в которой решение лечебных задач достигается в процессе создания общественно полезного продукта.

В рамках реализации проекта «Трудовая реабилитация пациентов, совершивших общественно-опасные деяния, как профилактика совершения повторных правонарушений» на базе психиатрического стационара для принудительного лечения специализированного типа Тамбовской психиатрической больницы в 2015г. было проведено исследование.

Цель: выявление уровня трудового потенциала пациентов в динамике за 6 месяцев.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 39 пациентов. При проведении исследования первоначально все пациенты были разделены на две группы: первую группу составляли лица со средним реабилитационным потенциалом (РП), вторую – с низким РП. Средний возраст пациентов первой группы составил 35 лет, они имели трудовой стаж (91%) в сфере квалифицированного труда до поступления в стационар. Возраст пациентов второй группы составил 47 лет, 88% из них имели ранее трудовой стаж в сфере неквалифици-

рованного труда. Исследование проводилось в два этапа: оценивался начальный уровень трудового потенциала, а через 6 месяцев анализировались результаты эффективности трудотерапевтической программы.

Результаты. В ходе проведения второго этапа исследования образовалась третья группа пациентов с высоким показателем уровня РП. За весь период применения трудовой терапии были достигнуты только позитивные изменения по большинству основных параметров.

Выводы. Применение четких программ трудовой терапии с дифференцированным подходом к пациентам способствует изменению мотивов деятельности пациентов (с низших, эгоистически-утилитарных на высшие, альтруистические), росту его трудового потенциала, восстановлению его социальных связей и профилактике совершения ими ООД. Данный факт говорит о необходимости возрождения трудовой терапии, как одного из ведущих и эффективных направлений психосоциальной реабилитации.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК МЕТОД МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Глазкова Т.Н., Костиков О.Н.

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница
Тамбов*

Развитие таких современных направлений как психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация является одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии. Психосоциальное лечение признается в качестве неперемного компонента общественно ориентированной психиатрической помощи или психиатрической службы с опорой на общество (Ротштейн В.Г., 2001), Что предусматривает более полное перемещение психиатрической помощи в социальную сферу; изменение структуры психиатрической службы на принципах деинституционализации, децентрализации, приближения к населению в условиях маломасштабного социального окружения; полипрофессиональное бригадное обслуживание; оказание помощи с участием социального окружения; систему психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации. (Гурович И.Я., 2004).

Современная концепция реабилитации психически больных основана на системном подходе, при котором больной человек рассматривается как сложная система, имеющая разные уровни функционирования, высшим из которых является социальный, а остальные входят в него в качестве необходимой основы. Процесс реабилитации представляет собой сложную биосоциальную систему, в которой ее цель – ресоциализация – выступает в качестве системообразующего фактора.

Происходящее в настоящее время изменение парадигмы оказания психиатрической помощи с переходом от медицинской к биопсихосоциальной модели с ее осуществлением бригадой специалистов позволяет провести

детальный анализ контингента больных с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особенностей их социального статуса и функционирования. Это позволяет определить объем необходимых психосоциальных вмешательств и выделить целевые группы больных, нуждающихся в их осуществлении.

С этой целью невыборочным методом осуществлено обследование больных шизофренией, проходящих реабилитацию в отделении №8 ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница».

В исследовании приняли участие 171 человек, преобладали женщины – 102 человека. Только 23% больных были моложе 40 лет, а возраст более половины пациентов (59,3%) превышал 50 лет. Длительность заболевания у большинства пациентов была весьма значительной: у 5 пациентов она превышала 10 лет, а в 60% случаев – 15 лет. 45% пациентов нуждались в социальной поддержке и помощи, 11% больных были неряшливы, испытывали дефицит навыков самообслуживания, 20% имели относительно удовлетворительное состояние.

Анализ контингента больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, позволяет выделить целевые группы со специальными задачами психосоциальной терапии и реабилитации. Подавляющее большинство больных нуждаются в проведении психообразовательной работы, целью которой является обучение технике совладания с остаточной симптоматикой и распознавание ранних признаков начинающегося обострения.

Еще одной задачей вмешательства является стимулирование автономии пациентов, формирование ответственности за свое социальное поведение и функционирование. Одной из форм психосоциальных мероприятий, направленных на это, является тренинг социальных навыков, подразумевающий широкий спектр программ, начиная от обучения элементарным навыкам независимого проживания (гигиены, самообслуживания и т.д.), вплоть до тренинга общения, уверенного поведения, самопроявления, навыков взаимодействия. С этим же близко смыкается трудовая реабилитация пациентов, особенно актуальная для больных с неустойчивой трудовой адаптацией.

Главной целью совершенствования психиатрической помощи является улучшение качества жизни больных. Данный подход является в большей степени личностно-ориентированным, адресованным к индивидуальным нуждам каждого конкретного пациента со всеми его характерологическими и социальными особенностями. Учитывая это, психосоциальная реабилитация в нашей больнице осуществляется согласно разработанной программе этапной реабилитации для всех пациентов, получающих стационарную и амбулаторную помощь. В ее структуру положено три основных этапа:

Первый этап направлен на помощь больным, утратившим базовые социальные навыки и имеющим крайне низкий уровень социального функционирования со стойким отсутствием мотивации к реабилитационным ме-

роприятиям. Целью реабилитационных мероприятий на этом этапе является формирование положительного отношения к фармакотерапии, активизация общения, восстановление навыков личной гигиены и элементарных бытовых навыков, утраченных связей с родственниками. Параллельно решаются задачи восстановления документов, удостоверяющих личность больного, оформление группы инвалидности, пенсии.

Второй этап – расширение сферы приложения усвоенных навыков, практическая их отработка применительно к более сложным социальным отношениям и требованиям.

Третий этап – осуществление подготовки пациентов к выписке, помощь в социальной адаптации.

Критериями перевода с этапа на этап являлись активизация больного и сформированность у него прочных навыков личной гигиены и самообслуживания, навыков ведения домашнего хозяйства; участие в трудовых процессах; наличие адекватных стереотипов поведения в различных житейских ситуациях.

Основные направления и формы работы на каждом этапе были различными, но, в целом, включали:

- психообразовательные занятия с больными и их родственниками;
- тренинг социально-бытовых и коммуникативных навыков;
- социально-когнитивный тренинг;
- социально-трудовая реабилитация, включая освоение специальностей в ЛПТМ и в подсобном хозяйстве;
- социально-правовая помощь (оформление и восстановление утраченных документов, помощь в решении материально-бытовых и жилищных проблем и пр.);
- организация досуга.

В результате выполнения психосоциальной программы реабилитации, особенно успешного прохождения последнего этапа реабилитации, выявилась часть пациентов (52%), которая могла быть выписана домой и проживать самостоятельно.

В целом, следует отметить, что значительные проблемы социального функционирования пациентов указывают на настоятельную необходимость при осуществлении психиатрической помощи проведения широкого круга психосоциальных вмешательств, являющихся неотъемлемой частью психиатрического лечения.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

Глушкова А.В.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Тема подросткового суицида является актуальной и распространенной в наше время. Переходный возраст – это сложный этап в становлении личности. Основными факторами, влияющими на психику подростка, являются

те, которые окружают его постоянно. Основные причины, толкающие его на отказ от жизни, тесно связаны с его окружением – семьей, родителями, друзьями.

Как показывают опросы, к угрозам совершить попытки суицида чаще прибегают те, кто хочет избежать каких-либо трудностей или событий в жизни. Из них 12,7% составляют подростки. Родители и учителя не всегда понимают, что причины, толкающие подростков на такой шаг, совсем не детские глупости. А между тем, у детей могут возникнуть очень серьезные переживания, с которыми они могут оказаться не в состоянии справиться в одиночку.

На сегодняшний день Россия занимает 1-е место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков. За последние годы количество детских суицидов и попыток самоубийств увеличилось на 35-37%. Всего же в период с 1990 по 2010 год в России было зарегистрировано около 800 тыс. детских и подростковых самоубийств (World Health Organization, 2014).

По статистике совершенных самоубийств среди подростков, считается, что основными причинами суицида являются: ситуация в семье (18%), унижения (часто со стороны сверстников) и, пожалуй, самая распространенная причина – несчастная любовь (18%). Для подростка несчастная любовь и разочарование в ней может быть потерей желания жить дальше.

Ежегодно от самоубийств в нашей стране погибают около 2 800 детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет. В 70% случаев данный вид смертности объясняется агрессивностью и озлобленностью, в 10% – безысходностью, 15% составляют экономические причины и 5% – неизвестные факторы. Таким образом, по крайней мере, в 80% случаев люди умирают от материального и духовного дискомфорта и утраты смысла жизни.

Анализ указанных явлений свидетельствует о широком распространении среди подростков среднего и старшего возраста авитального поведения, проявляющегося в форме:

- пресуицидальной активности (усталость от жизни ощущают 48,4%; потерю интереса к жизни – 18,3%, желание уснуть и не проснуться – 17%; не ждут от жизни ничего хорошего 24% опрошенных);

- суицидальной активности (мысли о самоубийстве посещали 17,9% опрошенных, испытывали суицидальную готовность 10,1%, совершали суицидальные попытки 5,2% респондентов);

- парасуицидальной активности (проявления самоповреждающего поведения наблюдаются у 8,8% опрошенных, отсутствие желания иметь собственных детей демонстрируют 19,9% респондентов).

Причина в том, что самоубийства среди подростков несут в себе комплекс угроз, важнейшими из которых считаются следующие:

- социально-психологическая угроза;
- экономическая угроза;
- демографическая угроза.

Проблему суицида среди детей и подростков можно решить только путём консолидации усилий обществен-

ности, образовательных учреждений, правоохранительных органов, исполнительной и законодательной власти. Но количество самоубийств на душу подросткового населения, то есть процент нелюбви подростка к себе и ненависти к окружающему миру, во многом зависит от грамотной работы педагогов.

Поскольку проблема суицида связана со многими социально-экономическими, экологическими факторами, её необходимо изучать и решать комплексно. Это возможно, если будет принята специальная государственная программа предупреждения самоубийств, если будет проводиться мониторинг с целью выявления и устранения их причин, а также при создании службы «телефон доверия», активизации работы органов образования с учащимися и родителями, изучения зарубежного опыта.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Головина А.Г., Кравченко Н.Е.

*Научный центр психического здоровья РАМН
Москва*

В последние два десятилетия в России, как и в других развитых странах, отмечается значительный рост заболеваемости психическими расстройствами лиц детско-подросткового возраста. Данное обстоятельство делает особенно актуальной проблему оказания адекватной помощи таким пациентам, особенно, учитывая современное представление о мультифакторной природе психической патологии. Согласно этому воззрению, на формирование и развитие психических расстройств влияют как биологические, так и психологические, социально-средовые факторы. Указанный концептуальный подход определяет очевидную необходимость для больных психосоциальной реабилитации, в частности, психообразования, являющегося неотъемлемой ее частью, как системы мероприятий, в которую интегрированы комплексы медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических составляющих.

При всем разнообразии существующих моделей психосоциальной реабилитации и техник ее реализации, основными задачами ее являются:

1) уменьшение выраженности психопатологических симптомов с помощью медикаментозных воздействий, психотерапевтических/психокоррекционных методик и психосоциальных вмешательств;

2) повышение социальной и эмоциональной компетентности лиц с психическими расстройствами путем развития коммуникативных навыков, повышения устойчивости к стрессу, нахождения и освоения оптимальных копинг-стратегий, приобретения мотивации к просоциальной деятельности и умений, необходимых для получения соответствующих знаний/квалификации, а также их поддержания.

Психообразовательная работа с пациентами периода adolescence имеет ряд отличий от системы мероприятий, созданной и успешно применяемой для взрослых, но остается в настоящее время недостаточно разработанной. Она, как и реабилитация подростков в целом, должна быть построена с учетом не только психопатологической составляющей имеющихся нарушений (батареи образовательных модулей, дифференцированных в соответствии с нозологией), но и продолжающегося в пубертате процесса психосоциального и физиологического развития, вносящего свой вклад – как в клиническое оформление расстройств, так и во многом определяющего адаптационный потенциал конкретного пациента. Весь набор методик ориентирован на три разных контингента: самих больных, их родителей, а также специалистов, работающих с подростками вне медицинских учреждений и требующих включения в социо-реабилитационную сеть (педагогов, школьных психологов, логопедов образовательных учреждений).

Эти модули содержат общие представления о возрастных рамках подросткового возраста, его психофизиологических особенностях, нормативных проявлениях, наиболее распространенных формах психических заболеваний, отмечающихся в этом возрасте, а также особенностях их проявлений на данном этапе развития.

При этом программы психообразования дифференцированы в соответствии с потребностями контингента, получающего информацию. Так, для пациентов они построены с учетом их возрастных особенностей, с использованием ярких, визуализированных форм подачи материала, художественных произведений (игровых и мультипликационных фильмов, клипов, спектаклей, книг). Большое значение уделяется проблемам коммуникаций со сверстниками, повышению психологической устойчивости к стрессорным воздействиям, выбору оптимальных копинг-стратегий, гармонизации созревания, формированию мотивации к деятельности, представлениям о системе жизненных ценностей, значимости образования как одной из ведущих в ней.

В мероприятия, предназначенные для родителей, включено, помимо знаний о природе психических заболеваний и современных методах их лечения, обсуждение конструктивных вариантов и навыков общения, взаимодействия с младшим членом семьи, в том числе, в ситуациях конфликта, при наличии у подростка определенной психопатологической симптоматики.

Значимой составляющей работы является ознакомление педагогов, школьных психологов с проявлениями аффективных, невротических расстройств (в том числе, атипичными их формами), включая социальные фобии, а также нарушениями пищевого поведения, поведенческими девиациями, проблемой суицидов и факторов суицидального риска в этом возрасте. Обсуждаются и вопросы школьной дезадаптации как наиболее распространенного феномена, обнаруживаемого у больных на этапе пубертата.

Таким образом, психообразование подразумевает мультидисциплинарный подход в решении значимых

для будущей жизни подростка с психической патологией вопросов, в том числе, способствующих становлению системы жизненных ценностей, адекватной самооценки и осознанию значимости собственной личности, самоорганизации, выработке стратегий позитивного преодоления трудностей и формированию прочных личных взаимоотношений.

РАЗМЫШЛЕНИЯ О КЛИЕНТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЯХ КАК ИНТЕГРАТИВНОЙ ОСНОВЕ ДЛЯ АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКИХ ЗАТРУДНЕНИЙ

Гонжал О.А.

*Институт повышения квалификации ФМБА
Москва*

Психотерапия проходит те же стадии развития, что психика новорожденного от интуитивности, через формирование правил, техник, этического кодекса, к появлению интегрированного, мыслящего и развивающегося Эго терапевта.

На сегодняшний момент подходов к пониманию психических и психологических расстройств очень много, каждая психологическая и медицинская школа пользуется своей терминологией, разработка методологии и объективизации представляет значительные трудности. Это существенно осложняет создание медицинской, да и в целом интегративной модели психотерапии. Пожалуй, само по себе разнообразие подходов и техник отражает общую тенденцию поиска гибкого и многомерного понимания психики. Усталость от изолированности, поиск смысла, исследование различий, стремление к уважительному диалогу и желание понять – приметы современного интегративного процесса.

Если пробовать думать о том, что объединяет различные психотерапевтические и психологические школы, по крайней мере, те, которые принимают во внимание связь с клинической практикой, и в качестве примеров сопоставить их теоретическую основу, то можно получить приблизительно следующее представление. Аналитическая школа работает с «сопротивлениями», феноменом «переноса-контрпереноса», искажающих непосредственное восприятие реальности, гештальт-школа разрабатывает целый ряд схем цикла контакта (с потребностью, то есть субъективной реальностью), теорию поля (в качестве репрезентации объективной реальности), суть терапевтического процесса представляет собой выявление прерываний цикла контакта, когнитивно-бихевиоральная теория пользуется понятием когнитивного искажения (собственно, тоже реальности). Таким образом, в качестве отправной точки можно использовать принцип реальности, постулированный З. Фрейдом.

Исследования значимых терапевтических факторов показали, что наибольший вклад в результаты вносят мотивация пациента (полагаю, основанная на интуитивном переживании пациентом острой необходимости

встречи с реальностью), на втором месте личностные характеристики психотерапевта и лишь на третьем – использование определенных методов. В том или ином виде в любом направлении психотерапии именно клиент-терапевтические отношения их осознаваемая и бессознательная динамика имеют ключевое значение для прогресса.

Последние публикации в аналитическом подходе обращают внимание на гибкость сеттинга, как один из наиболее важных и действенных способов присутствия терапевта, а в гештальт-подходе значительная часть осознанной работы посвящена исследованию свойств границы контакта (чувствительность, гибкость, проницаемость). В любом психотерапевтическом подходе существует то, что мы можем называть интуитивно понятным термином «психотерапевтическое пространство», подразумевая не столько конкретное время и место, а в большей степени особым образом организованное взаимодействие, подразумевающее исследование психических процессов пациента с тем, чтобы понять и наделить их смыслом. Появление этого пространства достигается посредством отграничения его от реальности определенными рамками, правилами, «сеттингом», позволяющими организовать символическое взаимодействие. Эта своеобразная лаборатория или «контейнер» создается с целью с целью удерживания и трансформации регрессивной, аффективной, инфантильной части личности пациента. Поскольку основой пограничной личностной организации и аффективных расстройств в клиническом понимании являются наличие определенного уровня дезинтеграции психических процессов, то можно предложить интегративное понимание психотерапевтического вмешательства, как процесса, направленного на восстановление достаточной связанности онтогенетически более ранних, регрессивных слоев психики (клиента, пациента) с более поздними, когнитивными структурами, репрезентирующими реальность, посредством так называемого «контейнера» (функцию которого в психотерапии выполняет осмысленный сеттинг, как часть Эго-функции терапевта).

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Григорьева Е.В., Бабаева Е.Г.

*Психоневрологический диспансер №6
Санкт-Петербург*

«Технология» оказания психиатрической помощи в условиях дневного стационара и медико-реабилитационного отделения при амбулаторной службе предусматривает не только акцент на децентрализацию помощи и выведение ее за стены больниц в менее масштабное социальное окружение, но и лечение в тесной связи со всем диапазоном социальных факторов (семьей, жилищной и

рабочей средой, экономической ситуацией, социокультурным окружением). При этом реализуется биопсихосоциальная модель помощи пациентам, страдающими психическими расстройствами.

Современные исследования показывают, что комбинация психотерапии и фармакотерапии имеет преимущества перед любым из этих видов лечения, используемых изолированно. Успех лечения зависит от прочного терапевтического альянса, формирование которого облегчают подобранные с учетом особенностей течения заболеваний методы психотерапии. Таким образом, объединение медицинской, психологической и социальной моделей представляет собой методологическую установку в понимании целей лечения и реабилитации.

Кроме традиционной для всех групп пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами, современной биологической терапии, в рамках психотерапии положительно зарекомендовала себя танцевально-двигательная терапия (ТДТ), в процессе которой пациенты работают над более глубоким пониманием себя и паттернов дезадаптивного поведения, учатся более конструктивно взаимодействовать, обучаются навыкам самопомощи, поведения в стрессовых ситуациях для более полной адаптации в социуме.

Доказано, что невербальная терапия первична для данного контингента больных ввиду особенностей нарушения мотивационной сферы, самооценки, коммуникативных и социальных проблем, обусловленных болезнью. Наиболее эффективными в этой связи представляются невербальные методы психотерапии, в частности ТДТ. В то же время психотерапевтические вмешательства, представленные попытками простого изложения существенной для больного информации, дополненные приемами убеждения, переубеждения и внушения, могут быть не столь эффективными; при наращивании вмешательств они могут вызвать у больного усиление сопротивления восприятию этой информации и ухудшение клинического состояния.

Успешность реабилитации больного зависит, прежде всего, от его преморбидных личностных особенностей, его индивидуальности, соматического здоровья, особенности инициального периода болезни и от умения терапевта выстроить доверительные отношения в процессе взаимодействия. (Мелехов Д.Е., 1963; Анашкина Л.М. и соавт., 1979; Абрамова Л.И., 1990, Оруджев Я.С. и соавт., 1999).

Преимущество метода ТДТ в работе с пациентами эндогенного круга заключается в том, что в процессе взаимодействия с больным танцевальный терапевт использует физический контакт, и присоединение к пациенту идет на физическом и невербальном уровне. Именно эмоционально тесный контакт с больным, умение терапевта создать доверительные отношения и безопасную атмосферу, имеет особое значение для успешной работы с данным контингентом. Танцевальная терапия – это техника быстрого снятия защиты, потому что движения и танец идут впереди слов. Так же при работе с этой категорией

больных необходимо активно воздействовать на психику через моторику и поведение. Важно глубинное эмоциональное оживление больного различными способами, нахождение удовольствия, интереса к происходящему. Поддерживающая терапия, в частности танцевальная терапия, могут дать больному ощущение понимания, дружбы, любви, привязанности (которых им очень не хватает в жизни), т.к. на танцевально-терапевтических сессиях все эти чувства они могут проиграть и прочувствовать сами. С помощью танца происходит привлечение больных к сотрудничеству в проигрывании невербальных образов и жизненных ситуаций, зачастую совершенно не задействуя речь (Оганесян Н.Ю., Гренлюнд Э., 2005).

В условиях дневного стационара наиболее оправдана групповая форма ТДТ с использованием тематического подхода. Модификация танцевально-терапевтических сессий касается постановки ближайших и отдаленных задач, выбора тем и приемов, структурированности и продолжительности занятий, акцента на тех или иных факторах психотерапевтического воздействия. Модифицированные, апробированные и предложенные к внедрению танцевально-терапевтические модули (т.е. блоки методик, упражнений, техник, составляющих определенную последовательность танцевально-терапевтических сессий), оптимально сочетаются с традиционными методами психофармакотерапии, трудотерапии, различных видов вербальной психотерапии у этой категории больных. Танцевальная терапия позволяет влиять на стабилизацию имеющегося на данный момент состояния, с опорой на компенсаторные личностные механизмы и расширение сферы жизнедеятельности больного в типовых жизненных ситуациях. Она также вносит значительный вклад в решении комплекса лечебно-реабилитационных задач, таких, как продление ремиссии пациентов, снижение количества рецидивов и госпитализаций, повышение комплаентности и мотивации на дальнейшее лечение, установление стойких социально-коммуникативных контактов, выработка активной жизненной позиции.

СОЗДАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ В МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Гусева Н.В.

*Областная клиническая психиатрическая больница
им. академика В.М. Бехтерева
Киров*

В последнее время активно обсуждаются проблемы, связанные с созданием терапевтической среды различных психиатрических учреждений.

Бабин С.М. (2006) подчеркивает, что только лечебная среда, которая создает психотерапевтическую атмосферу, направленную на формирование качественно новых взаимоотношений с окружающими, стабильных, глубоких и достаточно эмпатичных, создает возможность для

пациента отказаться от привычных патологических защит и способов поведения, свойственных больным психиатрического стационара. Восстановлению границ «Я» способствует терапевтическая обстановка, четко структурирующая окружающую пациента реальность. Лечебные мероприятия восполняют те психологические функции, которые отсутствуют при регрессии, до тех пор, пока они самостоятельно не разовьются или не восстановятся пациентом. Автор подчеркивает особую значимость психотерапевтических программ, с помощью которых возможно приобрести или вернуть более зрелые способы защиты. Интеграция их в терапию средой возможна лишь при условии, если терапевтический коллектив является единой и непротиворечивой структурой, осознающей и принимающей подобные аспекты терапии.

Целью сообщения является рассмотрение этих проблем на примере работы медико-реабилитационного отделения для пациентов, длительно находящихся на лечении в стационаре, анализ взаимодействия специалистов и этапности проведения реабилитационных мероприятий.

Главной проблемой большинства пациентов, находящихся на длительном лечении в Кировской областной клинической психиатрической больнице, является снижение или патологическое изменение адаптационных возможностей. Поэтому формирование терапевтической среды в медико-реабилитационном отделении предусматривало создание таких условий, в которых пациенты проявили бы свои неадаптивные способы функционирования, осознали их патологический характер и смогли их изменить с помощью специалистов и персонала отделения.

Важным было структурировать понятие психологических границ, в рамках которых пациент взаимодействует в терапевтической среде отделения. Четко установленные границы дают пациенту ощущение защищенности.

Граница «Пациент и пространство». Пациент с помощью медицинского персонала, а затем и самостоятельно определяет свое место в отделении. Каждому необходимо различный промежуток времени, чтобы приспособиться к этим новым границам – одни начинают активно осваивать территорию, другие приступают к этому осторожно и только с помощью медицинского персонала.

Граница «Пациент и время» – это режим отделения от подъема до отбоя, четкие временные рамки для приема препаратов, пищи, прогулок, посещения лечебно-трудовых мастерских, различных студий и личное время.

Граница «Пациент и правила». Нарушение правил – желание расширить свои границы. При этом нарушаются или затрагиваются границы других людей – пациентов в палате, персонала отделения. Каждый пациент решает вопрос нарушения или соблюдения чужих границ так, как он привык; при этом расширение «границ дозволенного» аутичным пациентом скорее будет приветствоваться, а пациентом с психопатоподобной формой

дефекта – наоборот. Важно, чтобы и в том, и другом случае устанавливаемые границы не были жесткими, давая возможность экспериментировать каждому пациенту в диапазоне безопасных изменений.

Другим важным аспектом работы является взаимодействие специалистов на различных уровнях.

Врач-психиатр. Это – экспертная позиция. Психиатр оценивает симптомы, ставит диагноз и знает какое необходимо применить лечение. Взаимодействие с пациентом – вертикальное. Границы пациента нарушаются. Для этого имеются определенные предпосылки: у пациента, как правило, нет осознания своей болезни, нет критики и, как результат – нет приверженности терапии.

В условиях стационара вопрос с приемом препаратов решается достаточно успешно, но, как правило, путем нарушения границ пациента. Спротивление пациента преодолевается жестким контролем. При этом сформировавшийся страх, восприятие лечения как «наказания» за «неправильное» поведение, к сожалению, часто поддерживаются средним и младшим медицинским персоналом.

Способом решения проблемы является использование психообразования в групповом формате работы, что помогает пациенту лучше ориентироваться в своем состоянии и осознанно обращаться за помощью к врачу-психиатру. При этом уровень взаимодействия изменяется на горизонтальный: пациент берет на себя ответственность за прием назначенной терапии, а врач-психиатр – открыт для обсуждения вопроса о медикаментозном лечении.

Врач-психотерапевт, клинический психолог. Для этих специалистов характерна партнерская позиция, но не на равных, а с позиции «старшего брата» – более бережное отношение к границам пациента, поддержка и сопровождение в его изменениях. Тем не менее, на первых этапах, независимо от усилий специалиста, взаимодействие вертикальное. Срабатывает привычный механизм функционирования пациента в условиях стационара, однако при этом достаточно быстро возможен переход на горизонтальный уровень.

Взаимодействие с пациентами на начальных этапах, а часто на протяжении всей работы, протекает на уровне Personality. Эта наиболее сохранная «здоровая» функция у пациентов представляет совокупность представлений человека о самом себе – образовании, профессии, семье, интересах. Поэтому взаимодействие в группе направлено на узнавание друг друга, внимание друг к другу, что позволяет проявлять себя в безопасной терапевтической обстановке. При этом на первых этапах работы важно использовать проективные методики с привлечением подсобного материала. Как показала практика, это оживляет работу, поднимает уровень энергии группы, способствует более быстрому нахождению общей почвы. Дальнейший переход к работе в рамках милоу-терапии способствует еще большей интеграции пациентов в группе; возможность совместного творчества воодушевляет и мотивирует пациентов.

У пациентов, с более выраженными проблемами коммуникации применяются арт-терапевтические методики. Это помогает им в обход «внутренней цензуры» начать проявлять себя, что позволяет сделать видимыми проблемы для них самих, а их принятие и наличие похожих переживаний в группе способствует снятию внутреннего напряжения, страха и агрессии.

Учитывая длительное пребывание пациентов в стационаре, продолжительность терапии с одной группой составляет от 4 до 6 мес. В дальнейшем пациенты могут принимать участие и в других группах.

Важно, чтобы персонал отделения участвовал в психосоциальных мероприятиях или, как минимум, не препятствовал реабилитационному процессу. Для достижения этой цели в отделении проводится работа в нескольких направлениях.

1. Создание «больших групп», в которых принимают участие пациенты и весь персонал смены отделения. Цели «большой группы»: создание атмосферы в отделении, способствующей проявлению каждого пациента; снижение вероятности «недомолвок» из-за страха возмездия со стороны персонала или других пациентов; возможность каждому пациенту высказать свои нужды и вносить свои предложения.

2. Проведение психообразования персонала отделения, что способствует пониманию ими задач психосоциальной работы, задач создания терапевтической среды, уменьшению профессионального выгорания.

Личность каждого участника терапевтического процесса – от врача до санитарки, методы работы, стиль, умение обращаться с больными, владение техникой психологической работы могут способствовать исцеляющему действию. Коллектив отделения на высшем уровне своего развития становится коллективом лечебным, непосредственно оказывающим терапевтическое воздействие на больных. Вся среда, окружающая больных в лечебном учреждении, непосредственно и эффективно способствует их выздоровлению.

АНАЛИЗ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ВО ВНЕБОЛЬНИЧНОМ ЗВЕНЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИПРАГМАЗИИ И ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ФАКТОРЫ

Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н.

*Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург*

Несмотря на рекомендации по предпочтительному применению монотерапии антипсихотиками, назначение их в реальных условиях повседневной клинической практики нередко отличается от предлагаемых алгоритмов. Распространенность антипсихотической полипрагмазии в мире составляет 10-30%, а в России заметно больше.

Характер лечения, переносимость и удобство приема обсуждаются как факторы, влияющие на приверженность пациентов терапии; при этом когнитивные функции больных определяют психосоциальную адаптацию пациентов – конечную цель лечения.

Задачами настоящего исследования стали анализ антипсихотической терапии больных параноидной шизофренией, характеристика паттернов назначения антипсихотических препаратов, поиск их взаимосвязей с особенностями когнитивного функционирования, комплаентностью и другими клиническими показателями.

Были обследованы 38 пациентов внебольничного звена психиатрической службы, страдающих параноидной формой шизофрении (47,4% пациентов – женского пола). Средний возраст больных составил $38,2 \pm 9,4$ года, возраст начала заболевания – $23,6 \pm 7,7$ лет. Длительность заболевания в среднем была $14,7 \pm 8,0$ лет. В анамнезе имелось от 1 до 22 (в среднем $5,5 \pm 4,6$) госпитализаций. В 57,1% случаев была выявлена отягощенная психическими расстройствами наследственность. Критериями включения были: возраст от 18 до 55 лет, образование не ниже среднего уровня, а исключения – наличие органического поражения головного мозга и/или зависимости от психоактивных веществ на протяжении жизни.

В исследовании были использованы методики «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS), позволяющая оценить исполнительские функции, речевую беглость, рабочую и вербальную память, скорость выработки навыков, нарушения моторики; «Комплексная фигура Рея-Остеррита» для изучения конструктивных способностей, зрительно-моторной памяти и исполнительских функций, а также клинико-шкальный метод, включавший в себя оценку тяжести побочных эффектов лекарственных средств (UKU) из 48 пунктов, по каждому из которых тяжесть побочного эффекта оценивается в 0-3 балла. Уровень комплаентности определялся с помощью опросника отношения к лекарствам Drug attitude inventory (DAI).

Было установлено, что наиболее часто пациенты психоневрологического диспансера получали комбинированную терапию двумя антипсихотиками различных поколений (29,7%). Сочетание антипсихотиков первого поколения использовалось у четверти (24,3%) больных, причем у 10,8% пациентов – в сочетании с атипичным антипсихотиком, т.е. использовались более 2 антипсихотических препаратов. 21,6% больных принимали один атипичный антипсихотик, а 18,9% – традиционный нейролептик.

Из традиционных антипсихотиков чаще назначали галоперидол (51,9% от общего числа больных, получавших антипсихотики первой генерации), а среди атипичных антипсихотиков преобладал клозапин (40% пациентов, принимавших антипсихотики второго поколения).

В целом, 73,7% пациентов получали антипсихотики первой генерации. Этим можно объяснить тот факт, что более половины (54,1%) больных получали корректоры экстрапирамидной симптоматики.

Выраженность побочных эффектов составила $1,9 \pm 2,3$ в группе пациентов, не принимавших корректоры, и $1,9 \pm 1,8$ баллов – у больных, получавших тригексифенидил либо акинетон (при оценке от 0 до 7 баллов по шкале UKU). Эти результаты свидетельствуют о незначительной выраженности нежелательных явлений у обследованных больных шизофренией.

29,7% больных получали нормотимики, причем ими, как правило, аугментировали сочетание 2-х и более антипсихотиков.

У 16,2% пациентов одновременно с антипсихотиками применялись бензодиазепиновые препараты. Такое же число больных получали в рамках комбинированной терапии антидепрессанты.

Выраженность побочных эффектов значимо не различалась в группах, получавших монотерапию одним антипсихотическим препаратом ($2,0 \pm 2,0$ баллов) или несколькими антипсихотиков ($1,8 \pm 2,0$ баллов). Нежелательные явления отмечали 63,2% общего числа обследованных пациентов (в среднем $1,9 \pm 2,0$ баллов).

Уровень приверженности терапии по группе обследованных пациентов в целом составил $7,5 \pm 1,5$ балла при максимальном возможном значении 10 баллов по DAI. Уровень комплаентности у больных с антипсихотической полипрагмазией достигал $7,5 \pm 1,1$ балла, а без нее – $7,5 \pm 1,7$ балла ($p=0,891$), что свидетельствует о недостаточной приверженности терапии.

Анализ когнитивного функционирования пациентов с помощью BACS показал большую выраженность нарушений моторики и темпа выработки моторного навыка в группе пациентов, принимающих традиционные антипсихотики ($37,9 \pm 15,6$ Т-баллов против $51,1 \pm 17,6$ Т-баллов в группе больных, не принимавших антипсихотики первой генерации, $p=0,056$, при норме показателей от 40 Т-баллов и максимуме 100 Т-баллов). Сама по себе антипсихотическая полипрагмазия не явилась значимым фактором, определяющим когнитивное функционирование: статистически значимые различия выявлены не были.

Прием исключительно антипсихотиков второго поколения с серотонинергической активностью коррелировал с длительностью заболевания пациентов ($r=0,422$; $p=0,008$) и был связан с более сохранной речевой беглостью ($r=0,329$; $p=0,047$).

Результаты настоящего исследования заставляют задуматься о том, что в реальной клинической практике почти 60% пациентов амбулаторного звена получают более одного антипсихотика, в то время как антипсихотическая полипрагмазия не рекомендуется в клинических руководствах и имеет весьма ограниченные показания. Почти с пациентов принимают антипсихотики первого поколения, что обуславливает прием корректоров экстрапирамидной симптоматики

Наши результаты соответствуют данным литературы в том, что наиболее часто используемым вариантом комбинированной терапии в мире является сочетание антипсихотиков первого и второго поколения (42,4%), а

второе место занимает комбинация двух антипсихотиков первого поколения (19,6%).

Довольно неожиданными явились результаты о большей распространенности монотерапии атипичными антипсихотиками у пациентов с большей длительностью заболевания, в то время как бытует мнение о том, что их чаще назначают пациентам с первым эпизодом шизофрении.

Таким образом, было показано, что большинство психиатров используют полипрагмазию, однако следует учитывать, что последовательное переключение с одного антипсихотического препарата на другой по результативности может превосходить комбинированную терапию. Показано, что речевая беглость более сохранна у пациентов, принимающих только антипсихотики второго поколения, что свидетельствует в их пользу в отношении когнитивного функционирования. Полипрагмазия не была определяющим фактором в отношении приверженности терапии и побочных эффектов.

РАЗРАБОТКА ЛОГИСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

**Емельянцева Т.А., Марушкина А.В.,
Невмержицкая Т.А.**

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

В Республике Беларусь в 2015 г. были впервые признаны инвалидами вследствие шизофрении, шизоаффективных, шизотипических и хронических бредовых расстройств (далее – расстройств шизофренического спектра) 583 чел., из них 571 чел. – в трудоспособном возрасте. Уровень первичной инвалидности вследствие данной патологии составил 0,62 на 10 тыс. населения, в том числе среди трудоспособных – 1,01 на 10 тыс. населения,

Анализ тяжести инвалидности трудоспособного населения показал, что больным с расстройствами шизофренического спектра чаще всего устанавливалась 2 группа инвалидности – в 56,3% случаев (309 чел.). В 43,5% (239 чел.) случаев устанавливалась 3 группа инвалидности. Наиболее тяжелая 1 группа инвалидности была установлена только 1 чел. (0,2%). Таким образом, тяжесть первичной инвалидности (суммарный удельный вес 1 и 2 групп инвалидности) вследствие расстройств шизофренического спектра составила 56,5%.

Анализ региональной структуры первичной инвалидности выявил, что наибольшее число впервые признанных инвалидами вследствие расстройств шизофренического спектра проживало в г. Минске (115 чел.), Витебской области (92 чел.) и Гомельской области (84

чел.). Меньше всего было признано инвалидами вследствие расстройств шизофренического спектра в Могилевской области (64 чел.).

Уровень первичной инвалидности вследствие данной патологии был наибольшим в Витебской области (0,77 на 10 тыс. населения). Наименьший уровень отмечен в Брестской области (0,55 на 10 тыс. населения).

Проведенный анализ показателей первичной инвалидности вследствие расстройств шизофренического спектра на современном этапе позволил сделать несколько выводов:

1. Необходима разработка и внедрение единых подходов к экспертно-диагностической оценке пациентов с расстройствами шизофренического спектра;

2. Требуется концептуально новая унифицированная модель медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра, в основе которой лежат системный биопсихосоциальный подход, принципы доказательной медицины и обоснованное использование бюджетных средств.

В рамках выполнения ОНТП «Реабилитация, экспертиза, предупреждение инвалидности» на 2015-2020 годы на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (далее – РНПЦ ПЗ) начата разработка и внедрение логистической модели медико-социальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра с использованием Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья» (далее – МКФ).

Были реализованы следующие задачи:

1. Определен базовый список кодов МКФ, необходимый для разработки клинко-функциональных и реабилитационно-экспертных критериев с учетом условий оказания специализированной медицинской помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра в Республике Беларусь на современном этапе.

2. Проведен комплексный (промежуточный) анализ взаимоотношающего влияния клинко-функциональных и психосоциальных факторов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра на степень тяжести функциональных нарушений по основным категориям жизнедеятельности в соответствии с кодами МКФ.

3. Проведен корреляционный анализ зависимости тяжести нарушений способности к труду от степени клинко-функциональных нарушений по определенным кодам МКФ.

На настоящий момент проведено клинко-функциональное и экспертно-реабилитационное исследование 31 пациента трудоспособного возраста с шизофренией, шизоаффективными, шизотипическими и хроническими бредовыми расстройствами, которые поступили на стационарное лечение в РНПЦ ПЗ. В 84% случаев был выставлен диагноз шизофрения параноидная.

Средний возраст пациентов составил 37,5±10,37 (СКО=1,86), мужчины – 22 пациента (71%), женщины – 9 (29%). Около половины пациентов (48,4%) имели

средне-специальное образование, 19,4% – среднее, 16,1% – высшее, 12,9% – незаконченное высшее. Преимущественно (86,7%) пациенты являлись городскими жителями. В 90% случаев имели свое жилье, в 71% проживали совместно с родителями или другими родственниками. В 19,4% случаев пациенты проживали одни в собственной квартире / доме, в 3,3% – проживали в съемном жилье, в 6,7% – без определенного места жительства. Не имели опыта собственных семейных отношений 90,3% пациентов, 6,5% – имели неудачный семейный опыт. Только 3,2% состояли в браке на момент госпитализации. У 35,5% пациентов имелся отягощенный семейный анамнез.

На момент госпитализации только 9,7% имели трудовую занятость, временно не работали 16,1%; у 74,2% была установлена группа инвалидности (из них у 1-го (3,2%) – по соматическому заболеванию). По тяжести инвалидности вследствие психического заболевания: третью группу имели 17,2%, вторую – 55,2%.

Регулярное наблюдение и лечение у специалистов имели 42% пациентов, эпизодическое – 45,2%, уклонялись от лечения – 13% пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Не получали поддерживающего лечения на момент госпитализации только 3,4% пациентов. Большая часть пациентов принимали поддерживающее лечение атипичными антипсихотическими лекарственными средствами (далее – АП ЛС), 29% – типичными АП ЛС, 19,4% – комбинированное лечение типичными и атипичными АП ЛС.

Проведенный корреляционный анализ не выявил значимых достоверных влияний клинических и социально-эпидемиологических факторов на тяжесть функциональных нарушений по основным категориям жизнедеятельности за исключением:

способности к самообслуживанию и отягощенного семейного анамнеза (связь средней силы, $r=0,45$, $p=0,05$);

способности к труду и длительности верифицированного диагноза (сильная связь, $r=0,62$, $p=0,01$).

Разработана Карта экспертно-диагностической оценки пациентов с расстройствами шизофренического спектра в соответствии с кодами МКФ – для заполнения специалистами мультидисциплинарной бригады (далее – Карта). Из 1424 кодов МКФ выбрано 128 кодов, которые, на наш взгляд, необходимо рассматривать при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра в Республике Беларусь с учетом особенностей национальной системы здравоохранения.

Оценка степени функциональной недостаточности по выбранным кодам МКФ выполняется в традиционном экспертном формате: 0 – нет; 1 – легкой степени (5-24% утраты); 2 – умеренно выраженная (25-49% утраты); 3 – выраженная (50-94% утраты); 4 – резко выраженная (95 – 100%).

Заполнение Карты проводится всеми специалистами мультидисциплинарной бригады, принимающими участие в медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра, включая: вра-

ча-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, средний медицинский персонал, психолога, специалиста по медицинской реабилитации.

При проведении статистического анализа нарушений по кодам МКФ, определено их влияние на функциональную способность к труду и другие категории жизнедеятельности (исследование продолжается). Выявлены наиболее достоверно значимые домены ($r < 0,5$, $p=0,01$):

А: Физиологические и психические функции

b130 функции побуждений и энергии общие:

b1300 степень психической энергии (выносимость);

b1301 мотивация (побуждающая сила к действию);

b140 функции внимания:

b1400 постоянство внимания;

b164 высшие когнитивные функции общие:

b1640 способность абстрагироваться от мелких деталей и смотреть на ситуацию в целом;

b1641 функции организации и планирования;

b1643 когнитивная гибкость;

b1644 осознание и понимание своих собственных действий;

b126 темперамент и личностные особенности общие:

b1265 оптимизм;

b1266 уверенность;

В: Активность (вовлеченность) и участие:

Домен обучения и применения знаний:

d1551 способность приобретать сложные навыки;

d163 способность разрабатывать идеи и концепции;

d175 способность решать проблемы;

Домен общих задач и требований:

d230 способность соблюдать распорядок дня;

d240 способность справляться с повседневным общественным стрессом;

d2402 способность преодолевать трудности;

Домен межличностных взаимоотношений:

d7100 способность уважать других и поддерживать теплые отношения;

d7101 способность понимать и принимать других людей;

d7104 способность соблюдать социальные условности;

d7400 способность устанавливать контакт с вышестоящими людьми;

d7500 способность поддерживать контакт с друзьями.

Планируется осуществить:

1. Разработать критерии реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра с учетом кодов МКФ.

2. Определить маршруты реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

литационного прогноза с использованием кодов МКФ и разработать комплексные программы реабилитационных мероприятий для каждого маршрута с учетом этапов реабилитации (раннего стационарного, стационарного, амбулаторного, домашнего, позднего стационарного).

3. Повысить эффективность мультидисциплинарного взаимодействия специалистов при оказании специализированной помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра.

РАЗРАБОТКА МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОГНОЗА ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОДОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Емельянцева Т.А., Марушкина А.В., Невмержицкая Т.А.

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

С целью разработки дифференцированных маршрутов медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра, с учетом реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, проведено клинико-функциональное и экспертно-реабилитационное исследование 31 пациента трудоспособного возраста с шизофренией, шизоаффективными, шизотипическими и хроническими бредовыми расстройствами, которые поступили на стационарное лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (далее – РНПЦ ПЗ). В 84% случаев был выставлен диагноз шизофрения параноидная.

Для экспертно-реабилитационной оценки использовалась разработанная в РНПЦ ПЗ карта экспертно-диагностической оценки пациентов с расстройствами шизофренического спектра – в соответствии с кодами Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (Женева: ВОЗ, 2001) (далее – МКФ) – для заполнения специалистами мультидисциплинарной бригады.

На момент госпитализации только 9,7% пациентов имели трудовую занятость, временно не работали – 16,1%; 74,2% – была установлена группа инвалидности (из них у 1-го (3,2%) – по соматическому заболеванию). По тяжести инвалидности вследствие психического заболевания третью группу имели 17,2%, вторую – 55,2% пациентов.

Клинико-экспертный анализ обнаружил выраженные нарушения способности к труду у 33,3% пациентов, резко выраженные – у 6,7%. Таким образом, потенциально трудовую занятость (благоприятный и относительно благоприятный реабилитационный прогноз) могут иметь 60% пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Анализ зависимости тяжести нарушений способности к труду выявил сильную корреляционную связь со следующими кодами МКФ:

А: Физиологические и психические функции

b130 функции побуждений и энергии общие ($r=0,64$, $p=0,01$);

b1300 степень психической энергии (выносливость) ($r=0,63$, $p=0,01$);

b1301 мотивация (побуждающая сила к действию) ($r=0,65$, $p=0,01$);

b140 функции внимания:

b1400 постоянство внимания ($r=0,53$, $p=0,01$);

b164 высшие когнитивные функции общие ($r=0,52$, $p=0,01$);

b1640 способность абстрагироваться от мелких деталей и смотреть на ситуацию в целом ($r=0,56$, $p=0,01$);

b1641 функции организации и планирования ($r=0,57$, $p=0,01$);

b1643 когнитивная гибкость ($r=0,56$, $p=0,01$);

b1644 осознание и понимание своих собственных действий ($r=0,51$, $p=0,01$);

b126 темперамент и личностные особенности общие ($r=0,39$, $p=0,05$);

b1265 оптимизм ($r=0,68$, $p=0,01$);

b1266 уверенность ($r=0,58$, $p=0,01$);

В: Активность (вовлеченность) и участие:

Домен обучения и применения знаний ($r=0,55$, $p=0,01$);

d1551 способность приобретать сложные навыки ($r=0,68$, $p=0,01$);

d163 способность разрабатывать идеи и концепции ($r=0,62$, $p=0,01$);

d175 способность решать проблемы ($r=0,52$, $p=0,01$);

Домен общих задач и требований ($r=0,52$, $p=0,05$);

d230 способность соблюдать распорядок дня ($r=0,55$, $p=0,01$);

d240 способность справляться с повседневным общественным стрессом ($r=0,62$, $p=0,01$); *d2402 способность преодолевать трудности* ($r=0,58$, $p=0,01$);

Домен межличностных взаимоотношений ($r=0,61$, $p=0,05$);

d7100 способность уважать других и поддерживать теплые отношения ($r=0,50$, $p=0,01$);

d7101 способность понимать и принимать других людей ($r=0,54$, $p=0,01$);

d7104 способность соблюдать социальные условности ($r=0,48$, $p=0,01$);

d7400 способность устанавливать контакт с вышестоящими людьми ($r=0,72$, $p=0,01$);

d7500 способность поддерживать контакт с друзьями ($r=0,66$, $p=0,01$).

Следует отметить, что исследование по разработке метода диагностики реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза пациентов с расстройствами шизофренического спектра с использованием кодов МКФ будет продолжено. Однако промежуточные результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Разработка метода диагностики реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза пациентов с расстройствами шизофренического спектра с использованием кодов МКФ предлагает концептуально новую модель их медико-социальной реабилитации с учетом экспертно-реабилитационных критериев и междисциплинарного взаимодействия.

2. Предложенный метод позволит точно оценить наличие и выраженность нарушений, определяющих критерии инвалидности, составить индивидуальную программу медицинской реабилитации и объективно оценить ее эффективность.

РАЗРАБОТКА КАРТЫ ЭКСПЕРТНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В СООТВЕТСТВИИ С КОДАМИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)

Емельянцева Т.А., Невмержицкая Т.А., Марушкина А.В.

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

С целью повышения эффективности медицинской реабилитации пациентов с шизофренией, шизоаффективными, шизотипическими и хроническими бредовыми расстройствами (далее – расстройствами шизофренического спектра) предпринят системный подход с разработкой реабилитационно-экспертных критериев с учетом их влияния на тяжесть функциональных нарушений по основным категориям жизнедеятельности.

В качестве системы информации использована Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

Из 1424 кодов МКФ выбрано 128 кодов базового списка реабилитационно-экспертных критериев, которые, на наш взгляд, необходимо рассматривать при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра в Республике Беларусь – с учетом особенностей национальной системы здравоохранения.

Разработана Карта экспертно-диагностической оценки пациентов с расстройствами шизофренического спектра в соответствии с кодами МКФ для заполнения специалистами мультидисциплинарной бригады (далее – Карта).

При разработке Карты концептуальными моментами явились:

1. Оценка степени функциональной недостаточности по выбранным кодам МКФ в традиционном экспертном формате:

- 0 – нет;
- 1 – легкая степень (5-24% утраты);
- 2 – умеренно выраженная (25-49% утраты);

- 3 – выраженная (50-94% утраты);
- 4 – резко выраженная (95 – 100%).

2. Заполнение Карты всеми специалистами мультидисциплинарной бригады, принимающими участие в медицинской реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра, включая: врача-психиатра-нарколога (В), врача-психотерапевта (ПТ), средний медицинский персонал (М), психолога (П), специалиста по медицинской реабилитации (Р).

3. На основании определенной степени тяжести функциональных нарушений по предложенным кодам МКФ делаются отметки центра тяжести (значимости) медицинских реабилитационных мероприятий с целью компенсации нарушенных функций.

На текущий момент проведено клинико-экспертное исследование 31 пациента с расстройствами шизофренического спектра, которые поступили на стационарное лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», с использованием Карты, проведен статистический анализ нарушений по кодам МКФ, определено их влияние на функциональную способность к труду и др. категории жизнедеятельности (исследование продолжается).

Наиболее значимые домены Карты экспертно-диагностической оценки пациентов с расстройствами шизофренического спектра ($p < 0,05$) по кодам МКФ:

A: Физиологические и психические функции	
b130 функции побуждений и энергии	
b1300 степень психической энергии	В/М
b1301 мотивация	В/М
b1400 постоянство внимания	В/П
b160 функции мышления	
b1602 содержание мышления (бредовые идеи, сверхценные идеи, идеи соматизации)	В
b164 высшие когнитивные функции	
b1640 способность абстрагироваться от мелких деталей и смотреть на ситуацию в целом	В/П
b1641 функции организации и планирования	В/П
b1643 когнитивная гибкость	В/П
b1644 осознание и понимание своих собственных действий	В/П
b126 Темперамент и личностные особенности	
b1265 оптимизм (уверенность против отчаяния)	В/П
b1266 уверенность (мужественность против стеснительности)	В/П
В: Активность (вовлеченность) и участие	
Домен обучения и применения знаний	
d1551 способность приобретать сложные навыки	Р
d163 способность разрабатывать идеи и концепции (мозговой штурм)	ПТ/Р
d175 способность решать проблемы: обнаруживать проблемы, разрабатывать решения, обсуждать результаты	ПТ/Р
Домен общих задач и требований	
d230 соблюдение распорядка дня	П/М/Р

d240 способность справляться с повседневным общественным стрессом П/ПТ
d2402 преодоление трудностей
Домен межличностных взаимоотношений
d 7400 способность устанавливать контакт с вышестоящими людьми.

ОПЫТ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

Ермакова А.А., Стрельцова Е.А.

*Клиническая психиатрическая больница № 3 им. Я.В. Мохначева
Новосибирск*

В связи со вступлением в силу Приказа МЗСР РФ от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», в ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница №3» в ноябре 2012 г. произошла перепрофилизация отделений стационаров (в структуре учреждения имеются три стационарных площадки).

С 2013 г. в одном из общепсихиатрических мужских отделений стали проводиться групповые психокоррекционные занятия с пациентами с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вызванными употреблением ПАВ. Группа включала лиц мужского пола, госпитализированных по СМП, в большинстве случаев (около 70%) – в недобровольном порядке. Треть пациентов практически не имела трудового стажа, находилась на иждивении, проживала, в основном, с родителями. Большинство пациентов были судимы (в том числе, и неоднократно), социально дезадаптированы. Средний возраст – от 18 до 50 лет. В неделю проходят 2 встречи. Количество участников варьируется от 6 до 11 человек. Общее число участников групп: 2013 г. – 179 чел.; 2014 г. (58 занятий) – 184 чел.; 2015 г. (65 занятий) – 157 чел.

Занятия изначально были ориентированы не столько на конечный результат, сколько на динамику процесса саморазвития, «проживания» неудач, отрицательных эмоций, где меняется мировосприятие, и расширяются жизненные возможности. Тем, не менее, в своей работе мы ставили определенные цели и задачи.

Цели: 1. Самопознание участников, увеличение чувствительности к состоянию других, и развитие других навыков, необходимых для продуктивного общения. 2. Развитие самоисследования участников для коррекции или предупреждения эмоциональных нарушений на основе внутриличностных и поведенческих изменений. 3. Улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья.

Задачи: 1. Развитие социальной наблюдательности, точности межличностного восприятия. 2. Раскрытие личностного, творческого потенциала участников группового

взаимодействия. 3. Повышение уровня межличностного взаимодействия, как способа снижения эмоционального напряжения. 4. Повышение адекватности анализа себя, партнера по общению, групповой ситуации в целом. 5. Формирование адекватного включения в ситуацию взаимодействия. 6. Развитие навыков эффективного общения. 7. Создание мотивации для дальнейшего саморазвития участников.

В процессе работы сложились три основных правила: 1. Конфиденциальность, наиболее важный момент для контингента данного отделения. Пациенты испытывают страх самораскрытия, не убедившись, что все, что сказано в группе останется в ней. 2. Говорим только от «Я». Тенденция к зависимости и слиянию наших пациентов реализуется в сложности произнести «Я», они склонны говорить и действовать по «закону стаи», от местоимения «Мы». 3. Запрет на проявление прямой физической агрессии. Интересно, что даже «буйные» в отделении пациенты, либо судимые за правонарушения, связанные с реализацией прямой агрессии, строго следуют данному правилу.

Занятия состоят из двух частей и проводятся за пределами отделения, что является важным психотерапевтическим аспектом. В первой части занятия пациенты и клинический психолог обсуждают значимые для пациентов темы: недовольство межличностными отношениями; злость на родственников; женский пол; сложности, связанные с работой; страх перед будущим; усталость от невозможности выйти из привычного стиля жизни; темы совместного проживания с родственниками. Чаще всего пациенты испытывают сложности самораскрытия, о себе рассказывают с точки зрения наличия болезни, склонны к самооправданию, перекладыванию ответственности – «жена довела», «устал от работы», «никто не любит, никому я не нужен» и т.п. Задаются вопросом: «Почему я не тратил время для разговора с собой?», находят причины трудностей в себе («сам не знаю, чего хочу»; «я сам во всем виноват, мне давали возможность»; «у меня много отрицательных черт, я категоричный алкоголик»). Открыто говорят о зависимости от близких людей, чувстве хронической внутренней пустоты, одиночестве, проговаривают опасения, страхи, злость, раздражение и недовольство. Часто в группе обнаруживается участник, манипулирующий чувствами и мыслями других, и, как правило, пациенты самовозвращают такое привычное поведение этому участнику. Бывают по-детски искренны и непосредственны, инфантильно извиняются, просят помощи в банальных ситуациях.

Вторая часть встречи проходит с использованием техник символдрамы (метод работы с воображением). Пациенты представляют заданную психологом тему, проживают «увиденное» в своем внутреннем мире, после чего с клиническим психологом обсуждают индивидуальные результаты, а психолог подводит общий итог работы группы. Каждое представление уникально, имеет собственную символику, но имеет единое направление для всех – поиск внутреннего ресурса, внутренней опоры для преодоления сложности, с помощью «здоровой

части». Чаще всего предлагается представить «Луг, на котором было хорошо», «Водопад, уносящий агрессию», «Цветок, растущий навстречу солнцу» (примечательно, что чаще всего они представляют ромашку, мак, и через это демонстрируют такие черты, как сомнение, неуверенность, детскость, застой, стагнация, уход от реальности), «Побег из закрытого пространства», «Остров», «Место, где когда-то было хорошо», «Внутренний сад». Чаще всего воображение уносит в детские позитивные переживания. Пациенты плачут, радуются, активно расслабляются, открыто проживают свое позитивное. От занятия к занятию представления становятся все более яркими и глубокими. Отмечается следующая внутригрупповая динамика. В начале взаимодействия – агрессия по отношению к родным, близким и к медицинскому персоналу, недовольство госпитализацией, критика медикаментозного лечения, отношение родственников к ним. Пациенты внутри группы сконцентрированы на ведущем, рассказывают не друг другу, а психологу. Примерно через 2 сессии пациенты уже обращаются друг к другу, четко запоминают правила группы. Меняются и темы обсуждений: рассказывают о себе, о своем прошлом опыте, жизни, переживаниях, в рассказах появляется юмор, исчезает агрессия. Затем – тема любви, отношения мужчины и женщины. И только потом – рассуждения относительно трезвого образа жизни, перспектив, возможностей.

Медперсонал отделения первое время относился к групповой работе без явного интереса, скорее с некоторым сарказмом, как к прихоти врача и психолога отделения. Группа оказалась противопоставлена всем остальным больным и медперсоналу. Пациентами группа была названа «кружком избранных», что неожиданно подняло мотивацию в участии в групповой терапии у других пациентов. Позже были проведены занятия с сотрудниками отделения, разъяснены условия, цели и задачи групповой работы. Это значительно улучшило взаимопонимание между пациентами персоналом, повлияло на микроклимат в отделении. В настоящее время многие пациенты посещают занятия в группе и после выписки стационара.

Результаты. Пациенты, участвующие в группе, легче переносят пребывание в стационаре, ведут себя более сплоченно в отделении, быстрее меняют модус негативного самопредъявления, легче строят перспективы будущего, в том числе, с точки зрения реального мира, становятся добрее, мягче по отношению к себе и близким. Пациенты, участвующие в группе, легче и быстрее достигают терапевтического эффекта медикаментозного лечения. Группа стала безопасным местом для пациентов, где они могут связать свой опыт функционирования дома и в стационаре в какое-то единое целое; т.е. группа служит формой интеграции различных частей – нормального и болезненного функционирования. Нами также проводилось исследование особенностей воображения у лиц, перенесших психотический эпизод, вследствие употребления ПАВ. Группу из 20 человек составили мужчины в возрасте от 20 до 38 лет, имеющие зависимость от наркотических и других психоактивных веществ (в том

числе, «дизайнерских наркотиков»), перенесшие психотическое болезненное состояние, доставленные в стационар специализированными бригадами ССМП по экстренным показаниям. В исследовании не подтвердилась гипотеза о том, что лица, перенесшие психотический эпизод вследствие употребления наркотических веществ, утрачивают способность к воображению: творческое воображение у испытуемых оказалось сохранным, наряду с банальными демонстрировались и идеи с высоким уровнем оригинальности. Можно предположить, что сохранение возможностей использования воображения связано с проводимой восстановительной терапией.

Опыт групповой психокоррекционной работы с лицами, имеющими психические расстройства вследствие употребления алкоголя и других ПАВ позволил сделать следующие обобщения:

Ведущий группы должен быть открытым, искренним, способным в любой момент описать свои эмоции, опирающийся на позицию Человек-Человек (что отличается от традиционного представления, например, о ведущем группы невротических пациентов).

Агрессия, направленная на медицинский персонал, на лечение, на родных должна присутствовать на занятиях; важно дать возможность пациентам ее выразить. Только после выражения таких эмоций возможно их изменение на конструктивный стиль взаимодействия.

Группа краткосрочна, и основной ее целью в условиях психиатрического стационара является вовлечение пациента в процесс личностного изменения; чрезмерно амбициозные цели (например, «полностью вылечить») не только не эффективны, но и часто антитерапевтичны.

Необходимо учитывать отношение персонала к групповой психотерапии, информировать сотрудников о значимости группы, устранять сопротивление групповому процессу.

ОЦЕНКА АССОЦИАЦИИ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРА 5HT_{2A} С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИКАМИ I И II ГЕНЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ершов Е.Е.¹, Ивашенко Д.В.², Сосин Д.Н.², Сосина К.А.², Тараскина А.Е.², Насырова Р.Ф.², Крупицкий Е.М.²

¹Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко

²Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург

Актуальность. Фармакотерапия психических расстройств до настоящего времени остается одной из наиболее сложных областей клинической психиатрии, что обусловлено высокой распространенностью различных нозологических форм данного недуга, развитием лекарственной резистентности и большим количеством побочных эффектов применяемых антипсихотиков.

Различные лекарственные препараты, мишенью действия которых являются нейротрансмиттерные системы, используемые для лечения психических расстройств, зачастую показывают неплохую эффективность при проведении клинических испытаний. Однако, при введении их в широкую клиническую практику они оказывались эффективными далеко не для всех пациентов, по всей видимости, из-за неоднородности нейрхимических процессов, лежащих в основе психических патологий. В связи со сложностью и многофакторностью заболевания, организм каждого человека реагирует индивидуально, и проведение какой-то единой стратегии в настоящее время зарекомендовало себя как малоэффективный подход в лечении; необходима разработка новых гибких персонализированных подходов к терапии больных психическими расстройствами.

Ключевой характеристикой различных неврологических и психиатрических расстройств является нейроанатомический и/или функциональный дисбаланс в дофаминергической нейротрансмиссии центральной нервной системы. «Дофаминергическая» гипотеза является лидирующей как в патогенезе целого спектра психических расстройств, среди которых можно выделить шизофрению, относящиеся к категории социально значимых заболеваний, так и в патогенезе нейролептического синдрома, как негативный побочный эффект лечения данных заболеваний.

Исходя из вышесказанного, ключевой мишенью и аутоинтоксикации, приводящей к нарушению деятельности мозга, и действия психоактивных веществ и антипсихотических средств на организм является дофаминергическая нейротрансмиссия, дисбаланс которой приводит к развитию и шизофрении и формированию зависимостей (аддикции) и нейролептических синдромов. Каждый человек имеет свой уникальный статус дофаминергической нейротрансмиссии, поэтому выбор препарата и конкретной дозы должен назначаться пациенту в зависимости от его индивидуальных количественных и качественных (функциональных) характеристик не только дофаминергической нейротрансмиссии, но и серотонинергической, и адренергической, и гистамина, являющиеся, с одной стороны, модуляторами дофаминергической нейротрансмиссии, с другой, прямыми мишенями ряда атипичных нейролептиков.

Основываясь на взаимодействии и взаимообусловленности функционирования иммунной, нервной и эндокринных систем, лимфоцитарные клетки периферической крови человека представляют собой удобный объект исследования: упрощенную модель дофаминергического нейрона (Buttarelli F.R. et al., 2011).

Цель исследования: Оценить связь между уровнем экспрессии рецепторов дофамина (D1R; D5R) и эффективностью антипсихотиков I и II генерации (галоперидол и оланзапин).

Материалы и методы: Для выяснения индивидуальных особенностей рецепторной нейротрансмиссии лимфоцитов, ассоциированных с эффективностью и рис-

ком развития побочных эффектов при терапии антипсихотическими препаратами, были выбраны пациенты с психическими расстройствами шизофренического спектра (ранее не получавшие психотическую терапию или были нон-комплаентны не менее 3 месяцев), которым проводилась монотерапия атипичным антипсихотиком оланзапином или галоперидолом (как группа контроля) – типичный антипсихотический препарат. Путем рандомизации пациенты разделились на подгруппы в зависимости от получаемой монотерапии (галоперидол или оланзапин).

В исследование были включены 64 пациента: 42 страдали расстройством шизофренического спектра (F2 МКБ-10) одной из рубрик: «Шизофрения параноидная» F20.0: F20.2, F23.1, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9 по МКБ-10, 22 – имели одно из расстройств шизофренического спектра коморбидное с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2 по МКБ-10). Пациенты в группах по психофармакотерапии и клиническому диагнозу были сопоставимы по антропометрическим и клиническим характеристикам, а также по возрасту – 26 ± 6 лет в группе пациентов с расстройством шизофренического спектра на терапии оланзапином; 29 ± 10 с аналогичным клиническим диагнозом на терапии галоперидолом; 33 ± 8 лет в группе пациентов с расстройством шизофренического спектра коморбидным с синдромом зависимости от алкоголя на терапии оланзапином и 37 ± 9 лет в группе с коморбидным течением на терапии галоперидолом ($p > 0,05$).

Пациенты в период исследования находились на стационарном лечении в отделении биологической терапии психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России или в отделении первого психотического эпизода СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко». Психометрическое обследование пациентов и взятие биологического материала осуществлялся в трех точках: до начала лечения (Визит 0), через 14 дней (Визит 2) от начала приема антипсихотического препарата и через 28 дней (Визит 3) терапии.

В исследовании применялись следующие методы оценки состояния пациентов 1. Клинико-психопатологическая оценка – определение психического статуса и оценка психического состояния пациентов по диагностическим критериям МКБ-10. 2. Оценка эффективности антипсихотической терапии с помощью: шкалы оценки позитивных и негативных синдромов – PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale; Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., 1987) – подшкал, состоящих из соответствующих пунктов шкалы PANSS, характеризующих позитивные нарушения, негативные нарушения, “общие психопатологические симптомы”, симптомы подшкалы тревога/депрессия (Lindenmayer J.P., Grochowski S., Hуman R.B., 1995), а также шкалы общего клинического впечатления – CGI-S (Clinical Global Impression of Severity) и шкалы глобальной оценки динамики психического состояния CGI-I (Clinical Global Impression of Improvement; National Institute of Mental Health, 1970).

Материалом для исследования служили периферическая венозная кровь, собранная в вакутейнеры с антикоагулянтом К2-ЭДТА, и сыворотка. Лимфоциты, выделенные из периферической венозной крови методом седиментации в градиенте плотности фиколл-верографин, замораживались и хранились при температурном режиме -80°C до проведения всего спектра запланированных исследований. Часть лимфоцитарных клеток, выделенная от пациента в первой точке взятия материала, была использована в качестве модели *in vitro* терапии антипсихотиками: культивировалась в *in vitro* условиях 72 часа под воздействием препарата, который принимал пациент. Выделение лимфоцитарной мРНК проводилось с использованием наборов Qiagen (Германия). Проведение реакции обратной транскрипции осуществлялось с использованием реактивов “Fermentas” (Литва) на амплификаторе марки “Bio-RadLaboratories” (США). Уровень экспрессии генов оценивался методом количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени (BIO-RAD) с использованием флуорогенного зонда TaqMan.

Статистическая обработка данных была проведена с использованием статистического пакета программы SPSS 20: сравнение показателей между исследуемыми группами, производилось с помощью метода однофакторного дисперсионного анализа (one-way ANOVA); корреляционные зависимости – критерия корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Уровень экспрессии рецептора 5HT_{2A} на Визите 2 положительно коррелировал с общим баллом по шкале PANSS на Визитах 1, 2, 3 ($r=0,548$; $p=0,004$; $r=0,553$; $p=0,003$; $r=0,535$; $p=0,007$ соответственно).

При детальном анализе значения баллов подшкалы PANSS уровень экспрессии рецептора 5HT_{2A} (на Визите 2) была установлена корреляция с данными показателями на различных Визитах. Так, уровень экспрессии данного рецептора положительно коррелировал с баллом подшкалы негативной симптоматики на Визите 1 ($r=0,585$; $p=0,002$). На Визите 2 баллы подшкалы негативной и общей психопатологической симптоматики также положительно коррелировали с уровнем экспрессии рецептора 5HT_{2A} на Визите 2 ($r=0,533$; $p=0,005$; $r=0,461$; $p=0,018$ соответственно). На Визите 3 была отмечена корреляция баллов подшкалы позитивной, негативной и общей психопатологической симптоматики с уровнем экспрессии рецептора 5HT_{2A} на Визите 2 ($r=0,410$; $p=0,047$; $r=0,577$; $p=0,003$; $r=0,546$; $p=0,006$ соответственно).

Уровень экспрессии рецептора 5HT_{2A} на Визите 2 также положительно коррелировал с баллом по шкале CGI-S на Визите 2 ($r=0,414$; $p=0,044$).

Выводы. Таким образом, параметры изменения секреции серотонина изменяются под воздействием антипсихотика в *in vitro* условиях и ассоциируются с эффективностью антипсихотической терапии у конкретного пациента. Учитывая данный факт можно сделать вывод, что предложенная нами лимфоцитарная модель *in vitro* может быть использована в качестве прогнозирования эффективности антипсихотической терапии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Загоруйко Е.Н.^{1,2}, Пушкина Т.П.¹, Золотова А.А.¹

¹ Новосибирский национальный исследовательский государственный университет

² НИИ Терапии и профилактической медицины СО РАМН Новосибирск

Введение. Современный образ жизни, привычки, социальный статус, профессиональное и семейный положение, межличностное окружение важны для психофизиологической саморегуляции индивида. Присутствие психосоматических факторов риска, таких как неправильное питание, лишний вес, гиподинамия, курение и злоупотребление алкоголем, также во многом обусловлено характерологическими особенностями личности (Загоруйко Е.Н., Шубина О.С., 2013). Согласно данным ВОЗ, за последнее десятилетие в большинстве экономически развитых стран на первое место по смертности населения неуклонно выходят сердечно-сосудистые заболевания. С течением времени их доля не меняется, а продолжает неуклонно возрастать. В связи с этим, в центре внимания исследователей продолжают оставаться психосоматические механизмы, соучаствующие в возникновении и формировании сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ).

Цель. В рамках данной работы были исследованы психологические защитные механизмы пациентов, страдающих психосоматическими (артериальная гипертензия, ИБС) и невротическими расстройствами (соматоформное расстройство с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы).

Материалы и методы. В обследовании приняли участие 45 пациентов (32 женщины и 13 мужчин) в возрасте от 21 до 65 лет. Использовалась тестовая методика Е. Туник. Исследованные пациенты были распределены по трем нозологическим группам: 1) с ишемической болезнью сердца, 2) с артериальной гипертензией, 3) с соматоформным расстройством с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы.

Заключение. Сравнительный анализ внутри данных групп показал, что больные с соматоформным расстройством чаще используют неэффективные защитные механизмы, нежели обе группы психосоматических больных. Психосоматические пациенты с кардиологическими расстройствами используют защитные механизмы, направленные на сохранение адаптации в окружающем мире. Адаптация в данном случае понимается как стремление сохранить межличностные связи. Соматоформные пациенты, в свою очередь, фиксированные на внутриличностном конфликте, используют в большей степени неадаптивные защитные механизмы, направленные на уход от внешних конфликтов посредством фиксации на соматических симптомах. С помощью этих симптомов они косвенно выражают свою подавленную агрессию. Та-

кими неадаптивными защитами у них были ипохондрия, регрессия, сдерживание и пассивная агрессия.

Выводы. Психосоматическим пациентам в большей степени свойственно использовать эффективные механизмы защиты, чем пациентам с соматоформным расстройством. В целом, больные с психосоматическими кардиологическими заболеваниями чаще используют эффективные механизмы защиты чаще, такие как подавление и сублимацию. Картина личности пациентов с диагнозом ИБС, например, наглядно показывает, как сильно они стремятся вкладываться в работу. Однако при излишне интенсивном использовании такого пути разрешения проблемы с агрессией больные постепенно начинают разрушать свой соматический организм.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДНЫЕ ПОПЫТКИ (ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА)

Зиновьев С.В., Ножка М.Н., Синенченко А.Г., Тявокина Е.Ю.

*НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург*

Широкая распространенность самоубийств в большинстве регионов России вынуждает вести регулярный мониторинг этих случаев, уточняя казавшиеся ранее аксиомами положения, вырабатывать и апробировать новые стратегии превенции суицидов. При этом необходимо проведение исследований, анализирующих распространенность суицидов – как в отдельных регионах страны, так и внутри разных социально-демографических групп населения.

В рамках когортного исследования были изучены 55 человек, поступивших в течение одного месяца в отделение неотложной психиатрии и наркологии многопрофильного стационара, специализирующегося на оказании urgentной медицинской помощи. Даже если оценивать распространенность попыток самоубийства в городе по данным одного отделения за месяц (без данных других стационаров и завершенных случаев), их частота будет составлять не менее 13,2 на 100 тысяч населения в год. То есть можно предположить, что реальные данные статистики гораздо выше.

В качестве методов исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, личностный опросник Леонгарда-Шмишека, шкала депрессии и тревоги HADS.

Всего поступило 12 мужчин и 43 женщины, что не совпадает с укоренившимся мнением о более частом совершении суицидных попыток мужчинами (в нашем случае – 21,8%). Средний возраст обследованных составил 43,3±5,2 года. Эти данные также не совпадают со стереотипным представлением о том, что покушение на самоубийство является прерогативой лиц молодого возраста.

Только 6 человек (10,9%) работали, 3 (5,4%) были учащимися. Пенсионерами по возрасту являлись 15 че-

ловек (27,2%), по инвалидности – 10 (18,2%), а 21 пациент (38,2%) не работали вовсе. Большинство больных (27 человек – 49,1%) на момент совершения попытки суицида проживали в собственных семьях, 20,0% – совместно с родителями. То есть формально эти пациенты не являлись дезадаптированными в плане семейных связей и возможности получения социальной поддержки.

У большей части пациентов (30 человек – 54,5%) суицидная попытка была совершена на фоне ранее диагностированного психического расстройства либо в его дебюте. При этом у половины больных были выявлены депрессивные синдромы, а у другой половины – психотические переживания различной структуры и нозологической принадлежности. Чаще всего (по 6 наблюдений) эти переживания рассматривались в рамках органического аффективного расстройства или параноидной формы шизофрении. Только при тяжелых хронических психических расстройствах попытки суицида были повторными (4 случая – 7,2%).

Синдромально оформленная зависимость от психоактивных веществ (как правило, от алкоголя) была выявлена у 8 пациентов (14,5%), у 8 – отмечалось употребление алкоголя с вредными последствиями, у 3 (5,4%) – эпизодическое употребление каннабиноидов и психостимуляторов. В целом, 32,7% суицидных попыток были совершены на фоне алкогольного опьянения.

В качестве способов совершения суицидной попытки доминировали пероральные отравления психофармакологическими средствами или смесью лекарственных препаратов (70,9%). На падения с высоты и нанесение самопорезов приходилось по 10,9% наблюдений.

Мотивы суицидных попыток в 27,2% случаев были продиктованы депрессивными переживаниями (идеи виновности, тоска, одиночество, бедность), у 14,5% больных парасуициды были совершены под влиянием галлюцинозно-бредовых переживаний. Наиболее часто попытки самоубийства совершались под влиянием семейных неурядиц и бытовых конфликтов (38,2% наблюдений).

Аффективный фон большинства пациентов после суицидной попытки был ближе к норме, клинически очерченная депрессия после совершения попытки суицида имела место лишь у 10,9% пациентов, тревога – у 5,4%. Большинство пациентов говорили о смягчении или полном устранении тягостных ощущений после совершения попытки, после выхода из комы и оказания реанимационных мероприятий. В отношении личностного типа у обследованных: доминировали демонстративный (27,2%) и возбудимый (14,5%) типы.

Из других характеристик обращало на себя внимание распределение по месту жительства: на окраинах и в пригородах мегаполиса проживали 69,1% поступивших. Возможно, это связано с большей плотностью населения в местах интенсивной застройки и удаленностью от учреждений, оказывающих психиатрическую амбулаторную помощь. Часто таким пациентам прописываются значительные объемы лекарственных средств, исходя из редкости посещения ими лечащего врача, что может иг-

рать роковую роль в случае ухудшения их состояния, вне зависимости от вызвавших его причин.

Таким образом, данные небольшого исследования подтверждают факт преобладания среди покушающихся на жизнь женщин зрелого (трудоспособного и пенсионного) возраста, проживающих с близкими и при этом редко вовлеченных в трудовую деятельность. Обстановка в их семьях часто дисгармоничная, значительная часть суицидентов регулярно употребляют алкоголь. Многие из них страдают тяжелыми хроническими или рецидивирующими психическими расстройствами и находятся под наблюдением амбулаторной психиатрической службы, имеют доступ к получению психофармакологических средств и одновременно лишены возможности получения быстрой, доступной амбулаторной психиатрической помощи.

Это служит основанием для проведения более масштабных исследований, ставящих своей целью создание оптимальных моделей доступной и безопасной психиатрической помощи городским жителям.

ДОСТИЖЕНИЕ ПСИХОАНАЛИЗА – КАДР, КАК МЕСТО ДЛЯ ВОЗВРАЩЕНИЯ НЕГАТИВА

Зуева Ж.В.

*ФМИЦПН им. В.П. Сербского
Москва*

Кадр¹ как самостоятельный объект исследования стал изучаться психоаналитиками в 1960-ые года 20 столетия (J. Bleger, J.-L. Donne, A. Грин и др.).

З. Фрейд не вводил понятие кадра, несмотря на то, что он описал рамку психоаналитического лечения. В его работах по технике, которые написаны с 1903 по 1918 годы, он описывает технические условия, для того чтобы происходило психоаналитическое лечение. Например, в работе «О начале лечения» (1913) З. Фрейд искренне описывает свой личный путь открытия и развития психоаналитического метода, формулируя необходимые условия для психоаналитического лечения: *психоаналитические сеансы 6 раз в неделю, по одному часу, оплата сеансов, включая пропущенные, метод свободных ассоциаций, нейтральность психоаналитика и основное правило психоанализа*. Именно в этих условиях, по мнению З. Фрейда, формируется *невроз переноса и перенос* на аналитика, что организует психоаналитический процесс в классической технике. Важно отметить, что для Фрейда *перенос формировался не самим психоанализом, а болезнью – неврозом*.

В 1960 году Анри Коре определяет психоаналитический процесс как процесс, который зарождается и развивается у пациента в ходе анализа, в результате работы совершаемой *совместно с аналитиком*. Таким образом, невротический процесс ответственный за невроз

¹ Французское слово «le cadre» можно перевести как рамка, но следуя традиции французских авторов, которые при переводе на иностранные языки сохраняют это слово без перевода, чтобы подчеркнуть свой вклад в развитие этого понятия.

модифицируется и заменяется аналитическим процессом. Постепенно стало понятным (А. Грин), что в этом психоаналитическом процессе отражаются особенности психического функционирования пациента.

Изменение парадигмы психоаналитического процесса привело к тому, что в психоаналитических исследованиях появился интерес к понятию кадра. Бесспорно, на это повлияло и то, что объектом исследования и лечения стали пациенты не невротического круга, а также работы Д. Винникотта о «переходном пространстве», о ненависти аналитика в контрпереносе и работы П. Хайманн о контрпереносе. Эти важные метапсихологические повороты позволили со временем, по-другому, взглянуть на работу пары перенос – контрперенос в ходе психоаналитического лечения.

А. Грин в 1975 году сделал доклад «Аналитик символизация и отсутствие в психоаналитическом кадре» на конгрессе Международной Психоаналитической Ассоциации. К понятию кадра А. Грин подошел со стороны проблемы предела /возможности *анализабельности* пациента. Автор вводит понятие «объект психоаналитический» – как продукт отношений пары аналитик/пациент в потенциальном пространстве кадра, когда аналитик выступает Альтер-Эго пациента. А. Грин предложил на этом этапе теоретизирования новую схему аналитического процесса: *перенос – контрперенос – кадр* в отличии от классической: *инфантильный невроз – взрослый невроз – невроз переноса*.

Постепенно, понятие кадра становится важным для осмысления современной клиники, которое со временем обогатится понятиями негатива и негативной галлюцинации (А. Грин). Введение новых теоретических концепций позволило дать дополнительное понимание функции кадра: в рамках кадра можно наблюдать значимость и ценность *репрезентаций*, отсутствие которых должны проявляться: через отреагирование, галлюцинации, деперсонализации, или через соматизации – это является одним из способов возвращения отрицаемого, отвергнутого или того, что подверглось отказу. Например, Ж.-Л. Донне подчеркивает, что испытание сеансом облегчается пациенту через *надежность психоаналитика как гаранта кадра*, его толерантность и устойчивость к проекциям пациента. Но все же красной нитью в современных размышлениях о кадре является то, что благодаря кадру можно также различать то, что представлено во внутренней реальности пациента и то, что осталось не представленным, не символизированным и подверглось процессу негативации (А. Грин), но что может стать знакомым через ответ другого – психоаналитика. Психическая изобразимость аналитика, его способность воображать и представлять не репрезентированный и символизированный материал пациента в рамках кадра, это единственный способ перевести то, что находится в негативе психики, в позитив: символизировать, репрезентировать или метафоризировать (С. и С. Ботелла).

В заключение еще раз необходимо отметить, что кадр – прежде всего это место для переноса, который

прорабатывается *только* через интерпретацию аналитика, который является *гарантом* кадра. В хорошем случае, кадр остается молчаливым и исчезает в самом себе в конце аналитического процесса, но современная клиника нам часто показывает, что иногда необходимо строить кадр, прежде чем работать с содержимым в нем.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИИ

Казаковцев Б.А.

*ФМИЦПН им. В.П. Сербского
Москва*

Цель исследования. Обоснование показателей качества организации психосоциальной работы при оказании психиатрической помощи с использованием эпидемиологических данных.

Материалы и методы. Использован сравнительный анализ данных федерального статистического наблюдения в целом по России (РФ) и федеральным округам (ФО) в период с 2005 г. по 2015 гг.

Анализировались показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами, показатели первичной инвалидности вследствие психических расстройств, распространенность суицидов и показатели кадрового обеспечения амбулаторных и стационарных психиатрических служб специалистами с медицинским и немедицинским образованием.

Результаты. По итогам реализации федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 гг.)» установлена обратная связь между показателями использования бригадных форм оказания психиатрической помощи и показателями психиатрической госпитализации.

Установлено, что из 150 организованных по новой номенклатуре Минздрава России в 2012-2013 гг. реабилитационных служб (РС) 85 (56,7%) находятся на начальной стадии развития, а 65 РС (43,3%) под другими наименованиями уже функционировали на протяжении ряда лет. До приведения в соответствие с действующим Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (2012) эти РС в течение длительного периода активно накапливали собственный, нередко уникальный, опыт психосоциальной работы и на период исследования их деятельность осуществляется по уже сформированным алгоритмам. Группы ФО с более высокими и менее высокими темпами снижения показателя первичной инвалидности значимо различались ($p < 0,05$) по количеству РС с уже разработанными и апробированными алгоритмами психосоциальной работы.

За период с 2002 по 2012 гг. статистически значимых ($p > 0,05$) изменений в соотношении числа ФО, использующих установленную Минздравом России номенклатуру кризисных служб (КС) не произошло. Вместе с тем абсолютное число служб «Телефон доверия» в стране

увеличилось в 2,1 раза, служб «Кабинет социально-психологической помощи» – в 2,4 раза, служб «Кризисный стационар» – в 1,3 раза (кратность снижения показателей распространенности суицидов в стране составила 1,9).

В то же время между группами ФО с наибольшим и наименьшим темпом снижения уровня распространенности суицидов были выявлены статистически значимые различия. Меньший уровень распространенности суицидов обеспечивался медицинскими специалистами (врачи-психиатры и врачи-психотерапевты), занимавшими значимо большее число штатных должностей, чем немедицинские специалисты (психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники).

В период с 2010 по 2015 гг. были выявлены региональные различия в показателях первичной инвалидности при психических расстройствах, обусловленные качеством оказания психиатрической помощи. Было установлено, что реабилитационная деятельность психиатрических учреждений в регионах *Приволжского и Сибирского* ФО в большей мере, чем в регионах других ФО, способствует снижению уровня первичной инвалидности вследствие психических расстройств. Было установлено также, что повышение качества реабилитационной деятельности (третичная профилактика) возможно при увеличении сроков использования (до 10-15 лет) в регионах страны апробированных алгоритмов психосоциальной работы.

В ФО с большей эффективностью деятельности тех учреждений, где на протяжении более длительного временного периода при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи используются бригадные формы профилактической и реабилитационной работы, отмечается рост числа амбулаторных и стабилизация числа стационарных пациентов, получающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

В динамике роста в исследуемый период числа занятых должностей основных трех категорий специалистов с немедицинским образованием наметились определенные различия. В общем числе занятых должностей медицинских психологов более интенсивно увеличивается число занятых должностей в амбулаторных психиатрических службах, при том, что темпы роста числа должностей специалистов по социальной работе выше в стационарах. Рост показателей по категории социальных работников в стационарах адекватен расширению в них объема социальной работы более чем на треть. Однако значительное число регионов страны характеризуется низкими уровнями обеспеченности и нулевыми показателями, что свидетельствует об актуальности проблемы дальнейшего развития психосоциальной помощи пациентам и их семьям, как в амбулаторных, так и стационарных психиатрических службах.

В период с 2005 по 2013 гг. в целом по России, наряду со снижением первичной инвалидности на 29,7%, установлено снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом на 17,6% и снижение первичной заболеваемости психозами и слабоумием на 7,1%.

По темпу снижения показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом и снижение первичной заболеваемости психозами и слабоумием *Приволжский ФО и Сибирский ФО* занимали ранговые места, близкие к среднему показателю по стране. Это может указывать на то, что региональные психиатрические службы, входящие в состав этих ФО, по сравнению с региональными психиатрическими службами в других ФО, придерживались более взвешенной политики в плане организации своевременной диагностики (в целях вторичной профилактики) психических расстройств.

Заключение. Приведенные данные эпидемиологического анализа подтверждают гипотезу А. Donabedian (1988) о наличии в системе организации здравоохранения причинно-следственных связей между: а) *качеством структуры*, б) *качеством процесса* и в) *качеством результата*. В результате длительно поддерживаемой кадровой политики, начатой в отечественной психиатрии в 1993-1995 гг. и многолетнего, начиная с 2000-х гг., использования бригадных форм работы к периоду 2012-2015 гг. в стране произошло снижение показателей первичной инвалидности вследствие психических расстройств, показателей суицидальности и показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами.

Однако востребованность социальной работы в деятельности психиатрических и психотерапевтических служб в большинстве ФО страны остается высокой. Необходимо активизация послевузовской подготовки специалистов по социальной работе и расширение подготовки социальных работников в медицинских колледжах по уже разработанным и используемым в стране образовательным программам.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ЭКСПЕРТНЫЕ ПРАВИЛА И/ИЛИ АНАЛИЗ ПРЕЦЕДЕНТОВ?

Карась С.И.

*Сибирский государственный медицинский университет
Томск*

Процесс диагностики и лечения нервно-психических расстройств представляет собой последовательность принятия этапных врачебных решений. На определенном этапе лечебно-диагностического процесса самым важным вопросом становится индивидуальный прогноз терапевтической эффективности лекарственных средств и выбор их дозировки. Эти решения зависят от качества двух видов используемой информации: с одной стороны, глубины и структуры знаний конкретного врача, с другой – правильности и надежности данных о конкретном пациенте с обязательным учетом его/ее персональных особенностей.

Для врачей с недостаточным практическим опытом в процессе принятия решений характерен обратный вывод (проверка данных о пациенте на соответствие

предварительной диагностической гипотезе) и редкое использование аналогий с решениями по поводу других клинических случаев (в силу их немногочисленности в собственной практике). К особенностям поведения эксперта, напротив, можно отнести прямой вывод на знания дедуктивного типа (от данных о пациенте к диагностическому заключению) и использование клинических прецедентов из своего опыта.

На помощь врачам с недостаточным опытом приходят компьютерные системы поддержки решений, которые используют базу экспертных знаний. Чаще всего, такие экспертные системы для выработки рекомендаций используют набор правил, так называемый *rule-based reasoning (RBR)*. Для создания экспертных систем проводится предварительный анализ структуры знаний в предметной области, в т.ч. неврологии и психиатрии, для чего используются методы инженерии знаний [1,2]. ***RBR является подходом, опирающимся на экспертные знания, но использующим персонализированные данные о пациенте для выбора релевантных правил из базы знаний.***

Другим способом поддержки решений врача, следующим из особенностей медицинской экспертизы, является анализ предшествующих случаев заболевания. Этот подход, называемый *case-based reasoning (CBR)*, в мировой практике используется гораздо реже. Причиной этого является необходимость наличия достаточного количества прецедентов в компьютерных базах данных, которые не являются общедоступными, а в Российской Федерации вообще начали формироваться относительно недавно. Идеология CBR проста: надо выбрать из прецедентов наиболее близкие к актуальному случаю и рекомендовать врачу использовать лекарственные средства, показавшие терапевтическую эффективность для данного прецедента.

Однако анализ прецедентов и разработка метрик оценки расстояния между клиническими случаями являются нетривиальными математическими задачами обработки больших массивов данных (*big data*). В целом, чем больше количественных признаков используется для постановки диагноза, тем реальнее решение задачи оценки расстояния между случаями. Области неврологии и психиатрии, насыщенные цифровыми инструментальными методиками (МРТ, ЭЭГ, исследование вызванных потенциалов и т.д.) могут оказаться «прорывными» для поддержки решений на основе анализа прецедентов [2-4]. ***CBR представляется подходом, опирающимся на персонализированные данные о клинических прецедентах, но использующим экспертные знания для выбора случаев из базы данных, релевантных анализируемому.***

По мере увеличения квалификации врача происходит повышение эффективности использования им данных о пациенте на основе своих знаний, т.е. развитие сочетанного применения проверенных экспертных правил с анализом схожих предшествующих случаев заболевания. Аналогично, в компьютерных системах поддержки принятия решений оптимально сочетание

RBR и CBR подходов. Таким образом, персонализированное лечение неврологических и психических расстройств должно опираться как на экспертные правила, так и на анализ прецедентов; как в компьютерных системах поддержки принятия решений, так и во врачебных заключениях.

Литература:

1. Карась С.И., Семин И.Р. Когнитология в обучении психиатрии. Сообщение 1: Подходы к использованию структуры знаний // *Российский психиатрический журнал*. – 2001. – №6. – С. 13-16.
2. Сыров С. Вычислительная психиатрия обещает изменить традиционные протоколы лечения [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://22century.ru/docs/computational_psychiatry
3. Marling C. Case-Based Reasoning in the Care of Alzheimer's Disease Patients / C. Marling, P. Whitehouse. – Proc. 4th International Conf. on Case-Based Reasoning, 2001. – P.702-715.
4. Springer Handbook of Bio-/Neuroinformatics / Ed. N. Kasabov. – Springer-Verlag, 2014.
5. Bichindaritz I. Memoire: A framework for semantic interoperability of case-based reasoning systems in biology and medicine // *Artificial Intelligence in Medicine*. – 2006. – V.36. – P. 177-192.

ИССЛЕДОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ОБЩЕГО ТИПА

Кишка Т.Н.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко Санкт-Петербург

Актуальность исследования: оценка качества психиатрической помощи пациентам, находящимся на принудительном лечении, до настоящего времени является недостаточно изученной проблемой (Котов В.П., 1996). Поскольку одной из составляющих качества помощи является субъективная удовлетворенность пациентов лечением, важно выявить взаимосвязи с теми переменными, на которые, при необходимости, медицинская, психологическая и социальная службы имеют возможность влиять. Психопатологические расстройства могут быть купированы медикаментозно, психологическая симптоматика скорректирована индивидуальной или групповой работой, уровень социального благополучия и поддержки могут быть улучшены при использовании психосоциальных инструментов, уровень самостигматизации снижен с помощью психообразования и других психологических и социокультурных вмешательств (Котов В.П., 1996; Мальцева М.М., Дмитриев А.С., Корнилов А.П., Булыгина В.Г., 1996; Бабин С.М., 2012 и др.).

Цель исследования: изучение роли выраженности психопатологических симптомов, уровня самостиг-

матизации, насыщенности жизни смыслом и социальной поддержки в формировании высокой субъективной удовлетворенности терапией больных шизофренией, находящихся на стационарном принудительном лечении – в рамках биопсихосоциального подхода.

Задачи исследования: 1. Диагностика психологического показателя субъективной удовлетворенности лечением. 2. Оценка удовлетворенности пациентов проводимой им психотерапией. 3. Оценка удовлетворенности пациентов социальной поддержкой и жизнью. 4. Оценка выраженности показателей самостигматизации, в соотношении с выраженностью психопатологической симптоматики и наполненностью жизни смыслом

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 29 человек: 24 мужчин и 5 женщин. Из них 6 человек в возрасте от 18 до 30 лет, 10 человек в возрасте от 31 до 40 лет, остальные старше. Большая часть пациентов имела диагноз расстройства шизофренического спектра – 18 человек. Диагноз психического расстройства был выставлен за 3 – 10 лет до момента обследования; пациенты находились на принудительном лечении в отделении от 1 года до 3-х лет. 5 человек находились на принудительном лечении повторно. По содержанию общественно опасного деяния выборка примерно поровну разделилась на тех, кто совершил преступление против личности и тех, кто совершил имущественное преступление. В подавляющем большинстве механизм совершения преступления негативно-личностный.

Были использованы следующие методы: 1. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д.). 2. Опросник SCL 90 выраженности психопатологической симптоматики. 3. Опросник самостигматизации (Михайлова И.И.). 4. Тест смысложизненных ориентаций – СЖО (Леонтьев Д.А.). 5. Опросник социальной поддержки F- SOZU-22 (Sommer G., Fydrich T.) в адаптации А.Б. Холмогоровой (2006). 6. Билефельдский опросник клиентского опыта (D. Hoger). 7. Методика самоотчета качества жизни interRAI. 8. Статистические методы: непараметрический корреляционный анализ данных с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена, сравнительный анализ с использованием непараметрических методов сравнения двух независимых выборок, критерий U-Манна-Уитни, непараметрический метод сравнения двух зависимых выборок, критерий Т-Вилкоксона.

Больные были разделены на 2 группы: первая состояла из 11 человек, которые только приступали к активной психосоциальной реабилитации; вторая состояла из пациентов, прошедших психообразование, мотивационный тренинг, ТКСН, тренинг управления гневом, индивидуальные консультации и др. реабилитационные мероприятия.

Мы проследили динамику показателей изучаемых нами параметров в начале и в конце реабилитационной программы; учитывая малое число респондентов (7 чел.) полученные данные мы считаем предварительными.

Результаты. Статистически значимым отличием является большая удовлетворенность от работы с психотерапевтом и психологом у группы пациентов, прошедшими более полный объем реабилитационных программ. Эти же пациенты достоверно меньше ощущают себя в безопасности с теми, кто оказывает им поддержку и лечение. Выявлены тенденции к более низкой враждебности у лиц, которые прошли полный курс психосоциального лечения.

Установлена отрицательная взаимосвязь общего показателя выраженности психопатологической симптоматики с общей удовлетворенностью социальной поддержкой, с ощущением того, что человек играет важную роль в жизни значимых для него других. Положительные корреляции выраженности психопатологической симптоматики были выявлены с уровнем самостигматизации и обеспокоенностью возможностью самообеспечения. Оказалось, что чем более хорошие отношения у пациентов с друзьями и семьей, тем больше их жизнь насыщена смыслом. Отрицательно насыщенность жизни смыслом коррелирует с аутопсихической формой самостигматизации, при которой пациент все свои неудачи оправдывает болезнью и снижает требование к самому себе.

Вполне ожидаемо было выявлено, что удовлетворенность от работы с психологом или психотерапевтом, тем более, групповая, положительно взаимосвязана с показателем удовлетворенности от социальной поддержки. Но, к сожалению, такие составляющие факторы комплаенса, как удовлетворенность терапией, психотерапией, психокоррекцией, не показали больше никаких специфических или неожиданных взаимосвязей.

Анализ средних значений, полученных при исследовании данных пациентов, прошедших весь основной курс групповой психологической работы, показал, что после окончания психокоррекционных мероприятий у респондентов повысилось чувство контроля собственной жизни и удовлетворенность социальной поддержкой, снизился уровень самостигматизации. Неожиданными тенденциями оказалось снижение общего уровня насыщенности жизни смыслом и показателя общей удовлетворенности лечением. Отличиями выборки до начала психокоррекционной работы и после ее окончания являются тенденции к снижению таких параметров качества жизни, как наличие возможности работать или учиться и ощущение своей принадлежности к определенному окружению (среди значимых людей), что указывает на процесс дезинтеграции, отделения обследуемых от общества и является закономерной проблемой длительного пребывания в стационаре.

Выводы.

1. Большее количество значимых взаимосвязей выявлено между показателями удовлетворенностью от работы с психологом и психотерапевтом, нежели чем общей оценки удовлетворенности лечением, что является дополнительным стимулом к более широким и уточняющим исследованиям.

2. На уровень удовлетворенности пациентов положительно влияет предоставление им возможности получать социальную поддержку, участвовать в различ-

ных социокультурных мероприятиях, возможность реализовать рабочий и учебный потенциал, что может в большей степени обеспечить полную психосоциальную реабилитацию.

3. У пациентов, активно посещающих психокоррекционные и другие социореабилитационные мероприятия, отмечается более низкий уровень враждебности, более высокая удовлетворенность от социальной поддержки, что является важным фактором, определяющим стиль отношения пациента с социальным окружением.

4. Существует проблема искренности (страх стать более уязвимым при высокой откровенности) при использовании пациентами метода самоотчета, что приводит к появлению противоречивых результатов и снижает качество исследования. Эта же проблема проявляется и при проведении различных видов психологической помощи, где подразумевается откровенная и доверительная беседа.

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНЫХ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ОТСТАВАНИЯ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Кожушко Н.Ю., Беникова Е.В., Евдокимов С.А., Матвеев Ю.К., Пономарева Е.А.

*Научно-практический Центр психофизиологии
аномального развития ИМЧ РАН
Санкт-Петербург*

Неуклонный рост числа детей с нарушениями психического развития, в том числе вследствие перинатального поражения ЦНС различного генеза (гипоксического, ишемического, сочетанного), диктует фундаментальной науке необходимость поиска новых способов коррекции отстающих функций, нейрофизиологических маркеров рисков отставания на ранних этапах онтогенеза.

Эффективность метода транскраниальных микрополяризаций (ТКМП) в клиниках Санкт-Петербурга и других городов РФ при лечении детей с психомоторными нарушениями показана в многолетних исследованиях (Пинчук, 2007; Шелякин и др., 2008; Кожушко и др., 2008, 2011).

Модификация в ИМЧ РАН первичных схем ТКМП (созданных исходно для лечения детей с ДЦП) позволила нам при работе с детьми без грубых двигательных расстройств ускорить процессы получения эффектов – как после однократного сеанса ТКМП, так и курсового лечения – это более 1200 пациентов с расстройствами экспрессивной и импрессивной речи, умственной отсталостью, расстройствами аутистического спектра и др. (патенты РФ № 2180245, 2248227, 2402973). Метод ТКМП имеет и высокую диагностическую значимость.

Анализ данных МРТ в ИМЧ РАН у детей с нарушениями психического развития перинатального генеза показал, что в 70% случаев патологические изменения структур головного мозга либо отсутствуют, либо выявляются минимальные резидуальные изменения. В то же

время «незрелый» тип ЭЭГ (с недостаточной сформированностью теменно-затылочного фокуса (альфа-ритма) выявлен у 77% обследованных детей, что указывает на преобладание у данного контингента детей признаков функциональной недостаточности головного мозга.

Использование новых методов анализа рутинной ЭЭГ у детей 3-10 лет (методом независимых компонент) в покое при открытых глазах позволил выявить гипотетические источники медленной активности в лобно-височных отделах коры (методом независимых компонент – Кожушко и др., 2014). Было показано повышение мощности медленных компонент в соответствии со степенью тяжести отставания в психическом развитии. Совмещение локализации воздействия ТКМП с предполагаемыми «генераторами замедления» значимо повышало эффект воздействия на отстающие функции.

Проведены также лонгитюдные ЭЭГ-исследования (повторные через 9-16 мес.) у 36 детей в возрасте 3-10 лет, имевших в анамнезе перинатальную энцефалопатию: с отставанием в психоречевом развитии и с нормативными параметрами развития. Значимые различия спектров мощности были выявлены в тета-диапазоне только у отстающих детей в ходе курсов ТКМП (по сравнению с контрольной группой), в 74% отведений. Количественный сдвиг спектров был в сторону снижения мощности медленной активности после очередного курса ТКМП.

Полученные в лонгитюдном исследовании данные демонстрируют наличие биологических маркеров «ускорения» исходно замедленной корковой ритмики в ходе курсов ТКМП, а также подтверждают связь описанных феноменов с мозговыми механизмами нарушений речи и других психических процессов вследствие перинатального поражения ЦНС.

Литература:

1. Пинчук Д.Ю. *Транскраниальные микрополяризации головного мозга: клиника, физиология.* – СПб: Человеческий мир, 2007. – 496 с.

2. Шелякин А.М., Преображенская И.Г., Богданов О.В. *Микрополяризационная терапия в детской неврологии.* – М.: Медкнига, 2008. – 118 с.

3. Илюхина В.А., Шайтор В.М., Кожушко Н.Ю. и др. *Способ лечения темповой задержки нервно-психического развития у детей / Патент РФ на изобр. № 2180245 – БИ. 2002. №7.*

4. Кожушко Н.Ю., Пономарева Е.А., Илюхина В.А. и др. *Способ лечения нарушений психического развития у детей / Патент РФ на изобр. № 2248227 – БИ. 2005. № 8.*

5. Кожушко Н.Ю. *Диагностика и коррекция снижения обучаемости у детей.* – СПб: ДЕТСТВО – ПРЕСС, 2008. – 128 с.

6. Кожушко Н.Ю., Матвеев Ю.К. *Способ коррекции нарушений психического развития у детей / Патент РФ на изобр. № 2402973 – БИ. 2010. № 31.*

7. *Микрополяризации у детей с нарушениями психического развития или как поднять планку ограниченных возможностей / Под ред. Н.Ю. Кожушко.* – СПб: КАРО, 2011. – 336 с.

8. Кожушко Н.Ю., Кропотов Ю.Д., Матвеев Ю.К. и др. *Структурно-функциональные особенности мозга детей с нарушениями психического развития и возможности направленного физиологического воздействия // Физиология человека. – 2014. – Т.40, № 4. – С. 36-43.*

9. Кожушко Н.Ю., Евдокимов С.А., Матвеев Ю.К. и др. *Исследование локальных особенностей ЭЭГ у детей с нарушениями психического развития методом независимых компонент // Физиология человека. – 2014. – Т. 40, № 5. – С. 30-37.*

КОМПЛЕКС ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ

Костина Н.В.¹, Романов Д.В.²

¹Санаторий им. В.П. Чкалова

²Самарский государственный медицинский университет Самара

Тревожно-депрессивные расстройства, связанные с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), ухудшают прогноз течения основного заболевания и негативно влияют на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий (Смулевич А.Б., 1994). В связи с этим, большое значение приобретает своевременная диагностика тревожно-депрессивных расстройств и организация соответствующей терапии. Особое значение при этом имеет этап ранней реабилитации, проводимый в условиях специализированного кардиологического санатория. В рамках текущего исследования была проанализирована распространенность и клинико-статистические характеристики тревожно-депрессивных расстройств у больных ИМ, и выявлен высокий удельный вес данных расстройств среди обследуемых (31,9% всех случаев).

Цель данного исследования – дать качественный анализ психотерапевтических факторов реабилитационной программы кардиологического санатория для оптимизации психотерапии тревожно-депрессивных расстройств больных ИМ на санаторном этапе. Восстановительное лечение в специализированном кардиологическом санатории формируется на основе комплексного подхода в реабилитации. В организации реабилитации данной группы пациентов используются принципы организации психотерапии в санаторных условиях, разработанные отечественными исследователями (Вельвовский З.И., 1974). Описан принцип «стерильности слова и поведения», с выделением большой (специальной) и малой (общей) психотерапии (Вельвовский И.З., 1984). И.З. Вельвовский рекомендовал выделение различных групп больных санатория в соответствии с потребностью в формах психотерапии. Также указывается на необходимость четкого соблюдения принципов этапности и преемственности психотерапевтических мероприятий в санатории с передачей на следующий этап реабилитационной цепи (Кабанов М.М., 1978).

Психологические особенности пациентов, страдающих коронарной болезнью, описывают в рамках типа «А»; им свойственна лабильная самооценка, страх зависимости, ригидные рабочие установки и их агрессивная реализация (Кискер К.П., 1999). Указывается, что для кардиологических пациентов характерен «фасад успешности и сверхнормальности», за которым скрываются примитивные формы тревоги и страха, преимущественно в виде неосознанного страха поглощения (Kutter P., 1981; McDougall J., 1989). Частый отказ пациентов от помощи объясняется отсутствием хорошего материнского интроекта (McDougall J., 1989).

Анализ пациентов, включенных в исследование, показал, что больные избегают эмоционального сближения, а также отказываются от психотерапевтической помощи, выстроенной с авторитарных позиций. Отношения пациентов с опекающими лицами соответствует представлениям о довербальной коммуникации, основанной на проективной идентификации, что характерно для взаимодействия матери и ребенка. Способность психотерапевта улавливать тревогу пациента и контейнировать ее способствует эмоциональной стабилизации и восстановления «базового доверия к миру». Такая психотерапевтическая позиция на когнитивном уровне включает понимание, на эмоциональном – сочувствие, на телесном – обеспечение для пациента комфорта и безопасности, подобно той, которую должна создавать ребенку раннего возраста его заботливая мать (Гроен-Праккен Х., 1996).

Возможно допустить, что сложившаяся за долгие годы в системе кардиологической реабилитации эмоциональная среда соответствует малоосознанным ожиданиям пациентов. Санаторное пространство и его охранительный режим можно рассматривать как своего рода «контейнер» аффектов тревоги и страха. В таком случае базовая стратегия психотерапевта, лежащая в основе реализуемой психотерапевтической программы, это готовность к принятию пациента и контейнированию его тревоги. Психотерапевтически оправданно не быть отстраненным, равнодушным или же чрезмерно беспокойным, неуверенным и тревожным; необходимо поддерживать внимание к пациенту и его чувствам, представлять ему обратную связь в виде вербальных сообщений о переживаемом и содействовать поддержанию охранительного режима, выступающего в качестве психотерапевтического фактора («реабилитационный сеттинг»). Логически выстроенный, упорядоченный и предсказуемый формат реабилитационного режима выступает самостоятельным психотерапевтическим фоновым фактором. Оптимальная ролевая позиция врачей кардиологического санатория должна соответствовать не столько патернализму, сколько стратегии «холдинга» в понимании Д. Винникота. Для пациента, перенесшего инфаркт миокарда, необходим спокойный, принимающий и понимающий врач, который своей доступностью и эмоциональной адекватностью нормализует эмоциональное состояние пациента. В санаторных условиях врачу-кардиологу принадлежит ведущая роль в планировании

реабилитационной программы в целом. Планирование психотерапевтической реабилитации осуществляется совместно с врачом-психотерапевтом и проводится одновременно с физической реабилитацией пациентов.

Структура психотерапевтических мероприятий в санатории включает два этапа.

1 этап – неспециализированная психотерапия. Среда кардиологического санатория и его охранительный режим рассматривается как «контейнер» аффектов тревоги и страха. Логически выстроенный, упорядоченный формат реабилитационного режима выступает самостоятельным психотерапевтическим фоновым фактором. В связи с важностью создания для пациентов атмосферы психологической поддержки, целесообразно проведение регулярных образовательных психотерапевтических семинаров с врачами и средним медицинским персоналом санатория.

2 этап психотерапевтической помощи – специализированная психотерапия. Психотерапевтическая стратегия предусматривает поддержание внимания к пациенту и его чувствам, представление вербальной обратной связи и содействие поддержанию охранительного режима. Психотерапевтический курс включает ежедневные групповые психотерапевтические занятия. Они проводятся в форме образовательных лекций в первой его части и обучения методикам психической саморегуляции во второй. Поддерживающая позиция психотерапевта, предоставление разъясняющей информации о лечении, дозирование релаксационных упражнений позволяет создать для пациентов «безопасное психотерапевтическое пространство», укрепляющее рабочую мотивацию пациентов и устраняющее сопротивление.

Заключение. Психотерапия выступает важным компонентом санаторной реабилитации больных инфарктом миокарда. Выделены психотерапевтические факторы реабилитационной среды кардиологического санатория, дано обоснование представленному алгоритму психотерапевтического ведения пациентов. Предложена программа психотерапии, рассчитанная на 24 дня пребывания пациентов. Полученные данные подтверждают представления о том, что психотерапия является неотъемлемым компонентом лечения и реабилитации пациентов кардиологического профиля.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО НАПРЯЖЕННОСТИ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОЦЕНКЕ УСЛОВИЙ ТРУДА

Кузьмина С.В., Гарипова Р.В.

*Казанский государственный медицинский университет
Казань*

В последние годы в зарубежной и отечественной литературе широко обсуждается проблема влияния профессионального стресса на психическое здоровье работающих. В 1974 г. американский психиатр Н. Frenzenberger, описывая психологическое состояние персонала психиат-

рических учреждений при оказании ими профессиональной помощи, предложил термин “burnout” (истощение), в настоящее время используется термин – синдром профессионального выгорания (СПВ). Развитие данного синдрома особенно характерно для профессий системы «человек-человек», где доминирует оказание помощи людям. В первую очередь, это относится к медицинским работникам. В 2010 г. на 307-й Сессии Административный совет Международной организации труда (МОТ) утвердил новый Перечень профессиональных заболеваний. Впервые в Перечень МОТ включены психоэмоциональные и поведенческие расстройства, в случае наличия прямой связи между действием данного фактора и психоэмоциональным или поведенческим расстройством, развившемся у работника.

В настоящее время в Российской Федерации («Методика проведения СОУТ», Приказ МТиСЗ РФ № 33н от 24.01.2014 г.) при проведении специальной оценки условий труда медицинских работников не учитываются режим работы, интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки.

Введение. Условия труда медицинских работников (МР) характеризуются высокой стрессогенностью, наличием психо-эмоциональных проблем, высокой интеллектуальной, нервно-эмоциональной нагрузкой, формируя синдром профессионального выгорания.

Цель. По данным аттестации рабочих мест (АРМ) изучить условия труда МР по показателям напряженности трудового процесса.

Материалы и методы. Оценка условий труда по показателям напряженности трудового процесса проводилась с использованием секундомера АГАТ 4282Н, секундомера механического СОС ПР-2Б. Проанализировано 316 карт АРМ.

Результаты исследования. Факторами, обосновывающими высокую напряженность труда врачей, являлись высокие интеллектуальные нагрузки, которые были обусловлены необходимостью эвристической (творческой) деятельности, работой в условиях дефицита времени с повышенной ответственностью за конечный результат. Значимыми факторами также являлись увеличенная длительность сосредоточенного внимания, риск для собственной жизни, а также наличие ответственности за безопасность других лиц, существование конфликтных ситуаций, отсутствие регламентированных перерывов, повышенная продолжительность рабочего дня. Общая оценка напряженности трудового процесса врачей в 68,2% оценена как вредный 2 степени, в то время, как у среднего медицинского персонала класс 3.1 регистрировался в 7%, а класс 3.2 вообще не встречался. По показателям напряженности трудового процесса младший медицинский персонал в 100% случаев оценивался как допустимый.

Выводы. Для врачей оценку условий труда по напряженности трудового процесса необходимо проводить так, как ее проводили при АРМ – т.е. согласно Р.2.2.2006-05 «Руководства по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».

ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЭТАПНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СТАЦИОНАРНЫХ И ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ

Куклина А.М.

*Республиканская клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева
Казань*

В настоящее время актуальной проблемой является разработка системы психосоциальной работы, адресованной психически больным, включающей меры медицинского и социального характера. Люди, страдающие психическими расстройствами, быстро теряют социальные связи, контакты с близкими, навыки самообслуживания. При реабилитационном подходе имеет значение не только нозологический и синдромологический диагноз, но и особенности личности больного, а также то, в какой социальной микросреде возникает болезнь. Семья является первичной социальной группой, и коррекция дезадаптирующего семейного влияния позволяет повысить уровень адаптации и социального функционирования больного. Результатом реабилитационных мер должна быть реинтеграция психически больных в общество.

Целью исследования явилась оценка разработанного психосоциального реабилитационного подхода в стационарных и внебольничных условиях.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 47 пациентов, находящихся на лечении в стационаре и 17 пациентов диспансерно-поликлинического отделения. Исследование проводилось в течение шести месяцев. Применялись клинко-психопатологический, катamnестический, социально-демографический и статистический методы.

Результаты. Было проведено исследование клинических и социально-клинических характеристик группы пациентов, включенных в исследование, которое показало следующее. Группы пациентов были смешанными по полу: мужчин – 54,7% (n=35), женщин – 45,3% (n=29). Возраст пациентов: 20-29 лет – 42,2% (n=27), 30-49 лет – 54,6% (n=35); 18-19 лет – 1,6%; старше 50 лет – по 1,6%. Средний возраст составил – 30,7±2,1 года (КГ 49,8±1,12 года, p<0,01). Возраст начала заболевания – 21±0,1 год (КГ 34,7±2,01 года, p<0,01). При этом длительность заболевания: менее 5 лет – 14,1% (n=9); от 5 до 10 лет – 57,8% (n=37); свыше 10 лет – 28,1% (n=18).

По диагнозам пациенты распределились на следующие группы: шизофрения (73,4%, n=47), умственная отсталость (17,2%, n=11), органическое поражение головного мозга (9,4%, n=6). При анализе социальной стороны жизни больных в качестве контрольной группы были исследованы медицинские карты пациентов, не страдающие психическим расстройством с наличием соматической (терапевтической) патологией (n=60). Опрос пациентов о их социальном функционировании показал следующее. 79,7% пациентов (n=51) отмечали неудовлетворенность полученным образованием: 65,6% имели среднее образование (n=42), которое в дальнейшем не смогли приме-

нить, в связи с наличием психического заболевания. Лишь 14,1% пациентов сохраняли трудовую деятельность (n=9). Большую часть пациентов составили больные с утратой трудоспособности по психическому расстройству – 91,5% (n=47), в сравнении с психически здоровыми соматическими больными, где на нетрудоспособных больных пришлось – 6,0% (p<0,01). У 81,2% больных выявлено сужение круга интересов (n=52), 57,8% пациентов были недовольны взаимоотношениями со своими близкими (n=37). Лишь 21,9% психически больных сохраняли контакт с окружающими (n=14), но из-за частых госпитализаций общение страдало. 10,9% больных состояли в браке, но в их семьях наблюдались конфликтные отношения (n=7). 85,9% больных проживали совместно с родителями (n=55), но у 37,5% наблюдались неустойчивые взаимоотношения и ними. 57,8% пациентов высказали недовольство по поводу отсутствия у них собственной семьи (n=37). 56,2% пациентов оценили свою жизнь в целом как неудовлетворительную (n=36). Лишь 9,4% больных полностью довольны своим образом жизни.

Были разработаны и внедрены следующие направления психосоциальной реабилитации:

1. Социальная (занятия по сохранению навыков самообслуживания и независимого проживания, сохранению навыков школьных знаний, «кулинарное дело», «салон красоты»).

2. Трудовая (прикладное искусство, лечебно-трудовой цех).

3. Реабилитация творчеством (танцевально-сценическая студия, студия спортивно-балльных танцев, художественная, театральная и костюмерная студии).

4. Спортивная.

5. Психоориентированная («Школа семьи») – психообразование, психотерапия с курсом арт-терапии, психологическая коррекция пациента и членов его семьи.

Реабилитационный процесс начинался с подготовительного этапа, который включал в себя отбор пациентов, в соответствии установленным критериям. На каждого пациента, направленного на психосоциальную реабилитацию, заводится отдельная медицинская карта стационарного или амбулаторного больного, включающая информацию лечащего врача, экспериментально-психологическое заключение и социально-бытовую характеристику.

В дальнейшем пациенты были разделены на несколько групп: 1 группа – пациенты с первым психотическим эпизодом; 2 группа – пациенты, проходящие принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего и специализированного типа; 3 группа – пациенты с хроническими психическими расстройствами, утратившие социальные связи; 4 группа – пациенты с частыми госпитализациями, с различной степенью выраженности эмоционально-волевых нарушений. 9,4% пациентов составили группу первого психотического эпизода (n=6); 18,8% – больные, проходящие принудительное лечение (n=12); 1,6% – пациенты с утратой социальных связей; остальные группы – 70,3% (n=45).

Среди всех проводимых реабилитационных мероприятий наиболее быструю и положительную эффективность показала реабилитация творчеством. В ней участвовали 53 пациента – сразу в нескольких творческих направлениях. Основным результатом явилась заинтересованность пациентов в улучшении их творческого потенциала (74,4%); пациенты стали самостоятельно высказывать свои предложения, повысилось побуждение к развитию творческой деятельности. Регулярные еженедельные занятия показали, что у пациентов сохраняется волевая активность (61,7%). С помощью творческих занятий наблюдалась эмоциональная откликаемость, правильная эмоциональная реакция в соответствии необходимой эмоциональной ситуации; повысился продуктивный контакт со специалистами (83,0%). Одним из важных моментов реабилитации явилось то, что из 15 выписанных пациентов – 12,7% (n=6) продолжили посещать занятия. У троих пациентов проходящих реабилитационные мероприятия наблюдалось ухудшение психического состояния, требующее активного лечения.

Таким образом, реабилитация творчеством дает положительный эффект в отношении эмоционально-волевых нарушений у пациентов; развитие творческого потенциала способствует профилактике социальной изоляции, появлению стремления творческой реализации, что благоприятно сказывается на психическом состоянии пациентов и на психологической атмосфере их семей.

Совместная работа Республиканской клинической психиатрической больницы имени академика В.М. Бехтерева с некоммерческими общественными организациями, Общественной палатой Республики Татарстан способствует получению возможности реализации творческих способностей душевнобольных людей – за счет участия в конкурсах, выступлений на концертных площадках, повышению самооценки, преодолению социальной отчужденности.

КОГНИТИВНЫЕ СТИЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Лебедева Г.Г., Симон Ю.А.

*Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург*

Актуальность работы. Распространенность шизофрении, по данным разных исследований, колеблется от 0,19 до 1,1% и, в основном, приходится на возраст от 18 до 44 лет (Дроздов А.А., Дроздова М.В., 2005). Современная парадигма психиатрии и медицинской психологии основывается на системном подходе в рамках биопсихосоциальной, мультифакторной модели психических болезней (Кабанов М.М., 2000; Вид В.Д., 2001; Коцюбинский А.П., 2006 и др.). Данный подход предполагает соотношение биологических (фармакологических), социальных и психологических (в том числе, когнитивных) факторов в рассмотрении вопроса лечения и реабилитации пациентов.

Пациентов с расстройствами шизофренического спектра характеризует особый познавательный стиль. Когнитивный стиль – индивидуальные различия в восприятии, категоризации и воспроизведения информации, в способах интерпретации окружающего мира (Критская В.П., Мелешко Т.К., 2015). Холодная М.А. (1997) рассматривает когнитивные стили как метакогнитивные способности, отвечающие за регуляцию интеллектуальной деятельности. Когнитивные стили репрезентируют проявления механизма произвольного интеллектуального контроля, обеспечивающего произвольную регуляцию процесса переработки информации и контроль хода интеллектуальной деятельности, и в этом качестве являются важной составляющей частью системы психической адаптации пациентов с шизофренией. Применительно к психическим заболеваниям изучение когнитивных стилей пациентов с шизофренией раскрывается в единичных работах (Яничев П.И., Богданова О.В., 1986; Taifel H. et al., 1964). В этой связи представляется своевременным экспериментальное изучение проблемы регуляции интеллектуальной активности у пациентов шизофренией, взаимовлияния метакогнитивных структур, личностных характеристик и уровня социальной адаптации больного.

Целью исследования явилось изучение когнитивных стилей (произвольный контроль интеллектуальной деятельности) у пациентов с шизотипическим расстройством.

В исследовании на добровольной основе приняли участие пациенты ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева – 19 человек (14 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 18 до 47 лет ($M=25,8\pm 6,9$). В качестве контрольной группы приняли участие 19 студентов (10 девушек и 9 юношей) в возрасте от 20 до 25 лет ($M=21,9\pm 1,64$). Психодиагностическое исследование проводилось с помощью программы «Практикум МГУ: Рабочее место психолога (РМП) Практика» в два этапа. Первый этап включал проведение тестирования по методикам: (GISH) Тест Готтшальдта, (STRP) Тест Струпа, (KGN) Методика Кагана. Тест схожих фигур. Второй этап включал в себя подсчет результатов методик, их обработка в программе «Практикум МГУ: Рабочее место психолога (РМП) Практика».

Сравнение между группами проводилось с помощью U-теста Манна-Уитни. Данные представлены как среднее арифметическое и стандартное отклонение.

Результаты исследования:

1. По результатам (GISH) Теста Готтшальдта, у пациентов с шизотипическим расстройством, преобладает полезависимый когнитивный стиль – опора на внешние обстоятельства, пациенты больше доверяют наглядным зрительным впечатлениям при оценке происходящего и с трудом преодолевают видимое поле при необходимости детализации и структурирования ситуации. В контрольной группе преобладает полнезависимый когнитивный стиль – опора на внутреннюю составляющую, собственный опыт, легко отстраиваются от влияния поля, быстро и точно выделяя деталь из целостной пространственной ситуации. Показатели полезависимости пациентов

($M=0,99\pm 0,51$ баллов) ниже, чем в контрольной группе ($M=4,2\pm 2,2$ баллов) на уровне, достигающим статистической значимости ($p\leq 0,01$);

2. По результатам (STRP) Теста Струпа, по показателю ригидности/гибкости познавательного контроля, пациенты с шизотипическим расстройством и контрольная группа демонстрируют результаты на уровне не достигающем статистической значимости ($p\leq 0,01$). Пациенты с шизотипическим расстройством демонстрируют ригидность познавательного контроля, т.е. трудности в переходе от вербальных функций к сенсорно-перцептивным в силу низкой степени их автоматизации.

По показателю вербальности Б. Бровермана, пациенты с шизотипическим расстройством ($M=0,87\pm 0,15$ баллов) и контрольная группа ($M=0,7\pm 0,29$ баллов) демонстрируют результаты на уровне не достигающем статистической значимости ($p\leq 0,01$). Показатель вербальности пациентов с шизотипическим расстройством (первичный эпизод) свидетельствует о преобладании словесного способа переработки информации. Таким образом, пациенты с шизотипическим расстройством демонстрируют ригидный (жесткий) познавательный контроль и умеренную автоматизацию познавательных функций.

3. Обработка методики (KGN) Кагана осуществлялась методом формирования крайних групп (квантильным способом), где в группу «импульсивных» входят показатели ниже медианы времени ответа и выше медианы количества ошибок. По результатам методики показатели медианы времени ответа ($Me=32,5$) и показатели медианы количества ошибок ($Me=6,5$) в обеих группах одинаковы.

Однако, по показателю латентного времени ответа, результаты пациентов ($M=65,14\pm 41,0$ баллов) выше, чем в контрольной группе ($M=22,9\pm 14,97$ баллов) на уровне, достигающем статистической значимости ($p\leq 0,01$); по показателю, количества допущенных ошибок, показатели пациентов ($M=12,78\pm 9,31$ баллов) выше, чем в контрольной группе ($M=6,21\pm 4,18$ баллов) на уровне, достигающем статистической значимости ($p\leq 0,01$). Данный факт свидетельствует о выраженном снижении концентрации внимания у пациентов с шизотипическим расстройством.

Выводы. Т.о., когнитивный стиль пациентов с шизотипическим расстройством характеризуется: полезависимостью – опорой на внешние обстоятельства (пациенты больше доверяют наглядным зрительным впечатлениям при оценке происходящего и с трудом преодолевают видимое поле при необходимости детализации и структурирования ситуации); преобладанием ригидности, жесткостью познавательного контроля и умеренной автоматизацией познавательных функций (словесный способ переработки информации). Также в ходе исследования была обнаружена низкая концентрация внимания у пациентов с шизотипическим расстройством. Полученные данные могут свидетельствовать о своеобразии познавательной деятельности пациентов, что откладывается на понимании ими социального опыта.

Расширение знаний о познавательных процессах, обуславливающих психическую и социальную активность пациентов, позволит сформировать грамотную стратегию реабилитации в отношении каждого пациента.

ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТА В МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Лиманкин О.В., Гебель К.М.

*Городская психиатрическая больница №1 им П.П. Кащенко
Санкт-Петербург*

В основу работы медико-реабилитационного отделения положена биопсихосоциальная парадигма оказания психиатрической помощи, предполагающая сочетание медикаментозных, психотерапевтических (психологических) и социальных (социотерапевтических) лечебных мероприятий, а также собственные данные и разработанная нами система стандартов оказания психосоциальной помощи больным стационара.

Персонал на начальном этапе формирования отделения прошел подготовку на 60-часовом цикле обучения на рабочих местах, что включало ежедневные занятия, тренинги в форме ролевых игр, отработку навыков работы в составе полипрофессиональной реабилитационной бригады. В состав бригады входят врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и/или социальный работник, трудинструктор и/или медицинская сестра. Работа с каждым пациентом проводилась в нескольких модулях по принципу case management.

Тренинги когнитивных и социальных навыков проводятся по методике, разработанной для пациентов, страдающих шизофренией, в лаборатории клинической психологии и психотерапии НИИ психиатрии МЗ РФ. Сессии проводятся в закрытой группе, состоящей из 8-10 пациентов, ведущим медицинским психологом; в качестве соведущего выступает специалист по социальной работе или врач-психиатр. Цикл включает 10-20 тематических занятий. Целью данного тренинга: развитие памяти, внимания, селективности мышления; привить навыки социальной компетентности, интерперсонального взаимодействия и коммуникативную направленность мышления.

Тренинги навыков независимого проживания (индивидуальные и групповые) – как метод психосоциальной реабилитации, психокоррекционные и обучающие, разработанные научными сотрудниками НИИ психиатрии МЗ РФ – проводятся в виде нескольких программных блоков: а) тренинг элементарных навыков гигиены и самообслуживания; б) тренинг навыков повседневной жизни; в) тренинг социального функционирования. Занятия продолжительностью 60-90 минут проводятся в малых закрытых группах (от 3 до 5 человек). Частота занятий (в зависимости от состояния больных) варьирует от 3 до 5

раз в неделю. Полный цикл включает 60 занятий. Группы проводят медицинские сестры с помощью социального работника.

Нами был специально разработан финансовый тренинг, целями которого является создание психологической базы и освоение практических навыков для уверенного поведения в финансовых отношениях. Для проведения тренингов сотрудниками отделения были созданы серия наглядных пособий. Занятия проводятся по 30 минут, ежедневно в течение 8 дней для групп из 5-8 человек.

Многочисленные тренинговые группы, которые проводятся в отделении, относятся, преимущественно, к поведенческому направлению психотерапии, хотя соединяют в себе еще и психокоррекционные, обучающие механизмы.

Лечебная физкультура проводится в трех формах: лечебная гимнастика (групповая и индивидуальная), ежедневная утренняя гимнастика, коллективные упражнения и игры. Ежедневно все пациенты непосредственно в отделении выполняют утреннюю физическую зарядку, которую проводят специально подготовленные инструктором ЛФК сотрудники из числа младшего медицинского персонала или наиболее подготовленные пациенты. Продолжительность утреннего физкультурного комплекса упражнений — 20 минут. В теплое время года занятия проводятся на территории больничного парка. Занятия ЛФК продолжительностью 30-45 минут, в зависимости от интенсивности нагрузки, проводятся 3 раза в неделю со всеми пациентами отделения, не имеющими противопоказаний.

Все пациенты отделения в участвуют в трудовой терапии и трудовой занятости: а) труд в отделении; б) работа в лечебно-производственных цехах отделения социально-трудовой реабилитации (ОСТР) — швейном, картонажном, полиграфическом, растениеводческом; в) работа на территории больницы (уборка мусора, благоустройство территории, уход за парком). В отделении оказывается помощь в трудоустройстве пациентов на время нахождения в отделении подсобными работниками в фермерских хозяйствах, а к моменту выписки из больницы — через службы занятости населения. Пациенты, не имеющие профессии, при выписке из стационара получают направление для поступления в УПРЦ (учебно-производственно-реабилитационный центр).

В отделении практикуется назначение «опорных лиц» из числа сотрудников таким образом, чтобы у каждого пациента было свое «опорное лицо» — сотрудник, ответственный за его реабилитацию, а у каждого сотрудника — 3-4 подопечных пациента. «Опорные лица» должны активно знакомиться с проблемами пациентов, объяснять им правила нахождения в отделении, участвовать в профилактике и разрешении межличностных конфликтов своих подопечных, а также в разработке индивидуальных планов их реабилитации, оказывать максимально возможную психологическую поддержку пациентам при прохождении всей реабилитационной программы.

Для поддержания терапевтической среды врачами отделения поощряется создание доброжелательной атмосферы, доброжелательное, уважительно-требовательное отношение персонала к пациентам, обязательное участие младшего и среднего персонала в лечебной работе. В отделении, смешанном по полу, установлен режим «открытых дверей»: пациенты могут пользоваться личной одеждой, максимально беспрепятственно перемещаться по отделению и по территории больницы. Регулярно, не менее 2 раз в месяц проводятся общие собрания, на которых присутствуют большинство пациентов и сотрудников отделения, работающих в это время. Пациенты на собрании самостоятельно выбирают «старосту» отделения и ответственных за проведение различных видов коллективной работы.

Персонал активно участвовал в проведении досуговых мероприятий для пациентов, в том числе в проведении различных праздников. В работе среднего и младшего медицинского персонала отделения используется принцип «делать не вместо, а вместе с пациентами»: вместе устраивают хороводы и проводят спортивные соревнования, готовят блюда праздничного ужина, наряжают елку и устраивают викторины, изготавливают маленькие подарки. Таким образом, разумное сочетание различных психосоциальных подходов позволяет максимально полно воздействовать на различные стороны личности пациентов, использовать имеющиеся у них адаптационные ресурсы.

ОПЫТ ДОЛГОСРОЧНОЙ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНОЙ С ПСИХОЗОМ

Лукомская М.И.

*Центр психоанализа АСМ 13
Париж, Франция*

Автор представляет многолетнее клиническое наблюдение психотической больной, повторно госпитализировавшейся в связи с тяжелой депрессией и бредовыми переживаниями.

Медикаментозная терапия позволила купировать острое состояние больной, однако её депрессивная симптоматика упорно сохранялась в виде глубокой меланхолии. На этом амбулаторном этапе оказания психиатрической помощи больной была предложена психоаналитическая психотерапия, которая продолжалась более 10 лет.

Комплексный медико-социальный и психологический подход показал высокую эффективность такого лечения. Эволюция психического состояния больной в ходе длительной психотерапевтической работы рассматривается автором как процесс развития психоаналитического переноса и сепарации от персекуторного материнского объекта. Трансформация объектных отношений и реконструкция семейной истории в ходе этой работы с больной способствовали становлению её более зрелой личностной идентификации. Зависимость, страх и депрессивная позиция постепенно уступили место автономности, способности любить и радоваться жизни.

Особое место в терапии занимал метод интерпретации сновидений, и анализ этой работы представлен в докладе на конференции «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии: психотерапия психозов – реальность и перспектива»

МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДИСПАНСЕРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Максимов Д. Е., Карась С.И.

*Сибирский государственный медицинский университет
Томск*

Познание мира и когнитивные функции головного мозга обеспечивают память, гнозис (узнавание), речь, праксис (целенаправленная последовательность в действиях) и интеллект. При нарушении когнитивных функций для установления диагноза, выбора тактики ведения пациента и определения прогноза важно определить не только характер когнитивных нарушений, но и степень их выраженности. Согласно классификации академика РАН Н.Н. Яхно, выделяют тяжелые, умеренные и легкие когнитивные расстройства.

Актуальность выявления и коррекции легких и умеренных когнитивных нарушений обусловлена их значительной распространенностью в популяции. Достижения в области патофизиологии и нейрохимии, новые данные нейрофармакологии позволяют рассматривать эти расстройства как частично регулируемые состояния.

Анамнестические сведения, регистрация жалоб и клинический осмотр не всегда позволяют получить достаточную информацию о состоянии когнитивных функций. Для выявления когнитивных нарушений используются нейропсихологические методы, представляющие собой специальные пробы и задания с целью определения состояния памяти, внимания, интеллекта и других высших психических функций. Своевременное выявление когнитивных нарушений — важный залог эффективности терапии, которая может предотвратить или хотя бы отсрочить наступление слабоумия.

Легкие и умеренные когнитивные нарушения обычно не обращают на себя внимания пациента и не способствуют его активному обращению за медицинской помощью. Когнитивная недостаточность воспринимается как проявления утомления, возрастные изменения и прочие состояния, не требующие активной диагностики и терапии. В тех же случаях, когда выраженность этой патологии достигает уровня, влияющего на повседневную деятельность пациента, зачастую уже имеет место снижение критики к своим когнитивным способностям. В результате, когнитивные нарушения могут достичь степени деменции, прежде чем пациент попадет в поле зрения психиатра или невролога.

Таким образом, важно как можно раньше выявить наличие когнитивных нарушений, а также уточнить их характер и генез. На фоне адекватной терапии возможно достижение стабилизации состояния пациента и предотвращение трансформации когнитивных нарушений в деменцию.

Нами были рассмотрены бизнес-процессы обследования пациента с когнитивными нарушениями в диспансерном отделении Томской клинической психиатрической больницы.

Прием врача-психиатра начинается со сбора жалоб, анамнеза заболеваний и жизни, а также описания психического статуса, при необходимости проводятся нейропсихологические тесты (тест рисования часов). Если пациент пришел на повторный прием, психиатр оценивает динамику и результаты лечения, назначенного во время предыдущего посещения. На основе полученной информации психиатр делает предварительное заключение и направляет пациента на обследование к психологу и неврологу.

Психолог регистрирует жалобы и анамнез пациента, а для углубленной диагностики обязательно проводит ряд тестов и методик: тест рисования часов; MOCA тест; тест MMSE; опросник CDR (Clinical Dementia Rating); тест Векслера; ADAS-cog (шкала оценки когнитивных функций при болезни Альцгеймера). Кроме того, используются батарея лобных тестов; ряд шкал для оценки выраженности депрессии (BDI, шкалы Бека, Гамильтона); ряд шкал для оценки выраженности тревоги (шкалы Гамильтона, Спилберг-Ханина, Тейлора). На основе результатов тестирования пациента психолог формирует детальное заключение и передает его психиатру.

Невролог определяет неврологический статус пациента, в случае необходимости направляет его на инструментальное обследование (МРТ головного мозга, УЗИ сосудов шеи и головного мозга, исследования глазного дна и т.д.). Также невролог обследует пациента с применением шкалы Хачинского. На основании выше изложенного формируется неврологический диагноз с указанием вида деменции.

На заключительном этапе обследования психиатр, основываясь на своем предварительном заключении о диагнозе пациента, а также заключениях психолога и невролога, выставляет пациенту диагноз, назначает ему лечение, в случае первичного обращения прикрепляет к участку и определяет дату следующего визита, если это необходимо.

При такой организации процесса общения между пациентом и специалистами ПНД происходит только при их очной встрече. Как правило, посещения ПНД пациентом производятся независимо от динамики его состояния (ухудшение, улучшение, нет эффекта лечения), которое выясняется врачом в ходе посещения через установленный промежуток времени, что не рационально с точки зрения оптимизации работы врача.

Существующую модель процессов диагностики и наблюдения пациентов можно оптимизировать,строив

в нее дистанционный мониторинг состояния пациентов посредством использования Web-кабинета. Это средство организации диспансерного наблюдения позволяет пациентам самостоятельно вносить данные о различных показателях здоровья, результатах психодиагностических методик, свои жалобы и обмениваться этой информацией с врачом, имеющим доступ к записям пациента. Данная система повышает доступность медицинской помощи населению за счет оперативного взаимодействия пациента с врачом и мониторинга показателей здоровья пациента.

С помощью Web-кабинета станет возможным удаленное консультирование пациента специалистами (психиатр, психолог и невролог) после передачи врачам субъективных жалоб, результатов выполнения психодиагностических тестов пациента с помощью e-mail сообщений, диалога on-line или видео-консультаций по запросу любой из сторон взаимодействия «пациент-врач».

Результаты психодиагностических методик, полученные с помощью членов семьи пациента, будут весьма информативны в процессе этих консультаций.

Удаленный мониторинг с помощью Web-кабинета пациентов с когнитивными нарушениями не заменит систему диспансерного наблюдения, но значительно сократит количество посещений больных, уменьшит время, затрачиваемое врачами на их обследование, увеличит эффективность взаимодействия врачей и пациентов, уменьшит затраты больных и их семей.

РАЗРАБОТКА ТЕСТОВ НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИИ ПИРОСЕКВЕНИРОВАНИЯ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ПОДБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Миронов К.О., Дрибноходова О.П., Дунаева Е.А., Шипулин Г.А.

*Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
Москва*

Введение. Одним из направлений повышения эффективности и безопасности применения лекарств является использование при их назначении лабораторных исследований, направленных на определение индивидуальных генетических особенностей, влияющих на фармакологический ответ. Объектом лабораторных исследований могут быть полиморфные фрагменты генов, кодирующих ферменты биотрансформации или белки, вовлеченные в транспорт лекарств и продуктов их метаболизма. Некоторые генетические полиморфизмы могут влиять на свойства или активность кодируемых белков, что может влиять на индивидуальные реакции при назначении того или иного лекарства. Определение соответствующих полиморфизмов может использоваться при индивидуальном подборе лекарственных препаратов и выборе тактики их применения. На сегодняшний день функционируют доступные через Интернет базы данных, содержащие информацию о генетических полиморфизмах и их связях или ассоциациях с теми или иными

клиническими проявлениями, а также с индивидуальным фармакологическим ответом (например, www.ncbi.nlm.nih.gov/; www.pharmgkb.org/; <http://www.pharmacogenetics.ucsf.edu>). Накопление данных о связях генетических полиморфизмов с особенностями фармакологического ответа обеспечивает возможность для разработки и внедрения в клиническую практику тестов для определения аллелей, влияющих на особенности метаболизма лекарственных препаратов. Для определения аллелей генетических полиморфизмов могут быть использованы различные лабораторные методики, но наибольшей специфичностью и точностью обладают методы, основанные на секвенировании ДНК. Поскольку большинство генетических полиморфизмов представляют собой однонуклеотидные замены в известных локусах ДНК, для определения соответствующих аллелей удобно использовать методы секвенирования коротких последовательностей ДНК, содержащих вариабельные нуклеотиды. К таким методам относится пиросеквенирование с использованием систем генетического анализа серии «РугоMark» («Qiagen»).

Цель. Разработка тестов, основанных на пиросеквенировании, для определения аллелей генетических полиморфизмов, связанных с особенностями фармакологического ответа.

Материалы и методы. Проведен обзор литературных данных и проанализированы полиморфные варианты генов, вовлеченных в метаболизм ксенобиотиков. Выбранные аллели определяли полиморфные варианты генов, кодирующих ферменты I фазы биотрансформации – 15 полиморфизмов в генах CYP1A1, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 и CYP4F2; ферменты II фазы биотрансформации – 14 полиморфизмов в генах NAT2, EPHX1, GSTP1, TPMT и UGT1A1; и генах, кодирующих белки-транспортеры – 5 полиморфизмов в генах ABCB1 и ABCG2. Для секвенирования фрагментов генов и определения соответствующих аллелей были использованы рекомендации по проведению ПЦР и пробоподготовки производителя систем генетического анализа серии «РугоMark».

Все реагенты для проведения ПЦР, пробоподготовки и секвенирования, за исключением набора реагентов «РугоMark® Gold Q96 Reagents» («Qiagen») и частиц сефарозы «Streptavidin Sepharose High Performance» («GE Healthcare»), были произведены в ФБУН «Центральном НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора. Обработка результатов секвенирования проводилась в автоматическом режиме с использованием программного обеспечения «РугоMark Q24 2.0.6».

Результаты. Для определения аллелей генетических полиморфизмов проведена разработка тестов, основанных на пиросеквенировании с использованием систем генетического анализа серии «РугоMark». С учетом требований и рекомендаций производителя оборудования, для пиросеквенирования был разработан единый протокол секвенирования выбранных для исследования фрагментов ДНК, содержащих полиморфные аллели. Методика включает следующие этапы: выделение ДНК,

амплификация фрагмента ДНК, содержащего полиморфный аллель, получение одноцепочечного фрагмента ДНК, программирование прибора и секвенирование ПЦР-продукта. Подробно методика исследования генетических локусов с помощью пиросеквенирования отражена в инструкции к набору реагентов «АмплиСенс® Пироскрин» (ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии», регистрационное удостоверение на формы комплектации с 1 по 25 № ФСР 2012/13246 от 19 марта 2012 г.), в который включена большая часть тестов для определения выбранных генетических полиморфизмов.

Возникновение нежелательного фармакологического ответа может быть связано с полиморфизмами в одном или нескольких генах, поэтому в исследование целесообразно включать одновременно несколько генетических полиморфизмов. Системы генетического анализа серии «РугоMark» позволяют одновременно проводить секвенирование и анализ 24 или 96 образцов. Входящие в набор реагентов «АмплиСенс® Пироскрин» тесты для определения генетических полиморфизмов объединены в профили исследований, соответствующие формам комплектации набора. Профили, объединяющие полиморфизмы в генах, кодирующих изоферменты цитохромов P-450: «ФАРМА-скрин-1» – профиль «I фаза биотрансформации, профиль 1» (форма комплектации 16 набора «АмплиСенс® Пироскрин») и «ФАРМА-скрин-16» – профиль «I фаза биотрансформации, профиль 2». Профили, объединяющие полиморфизмы в генах, кодирующих ферменты II фазы детоксикации: «ФАРМА-скрин-2а» – профиль «II фаза биотрансформации, профиль 1» (форма комплектации 17) и «ФАРМА-скрин-2б» – профиль «II фаза биотрансформации, профиль 2» (форма комплектации 18). Профиль исследования полиморфизмов в белках-транспортерах: «ФАРМАдинамика-скрин» – профиль «Транспорт лекарств» (форма комплектации 19). Использование методики пиросеквенирования позволило создать тест для определения аллеля UGT1A1*28 (rs8175347) – набор реагентов «АмплиСенс® Пироскрин UGT1A1-скрин». Тест заключается в секвенировании области полиморфизма и определении количества ТА-повторов, влияющих на активность фермента. С помощью пиросеквенирования удается определить как частые аллели (ТА)6 и (ТА)7, так и редкие, образованные 5 или 8 ТА-повторами. Поскольку для определения аллелей генетических полиморфизмов проводится секвенирование известных фрагментов ДНК, и расположение полиморфного аллеля известно, существует возможность для автоматической обработки результата секвенирования программным обеспечением используемых приборов.

Заключение. Разработаны тесты для определения аллелей генетических полиморфизмов с помощью пиросеквенирования, влияющих на индивидуальный фармакологический ответ. Определение аллелей генетических полиморфизмов в генах, кодирующих белки, вовлеченные в метаболизм ксенобиотиков, может быть использовано при выборе и планировании назначения широкого спектра лекарственных препаратов, что обеспечит как

оптимальную дозировку препарата, так и безопасность проводимой терапии. Разработанный универсальный протокол исследования генетических полиморфизмов дает возможность для расширения спектра фармакогенетических тестов за счет включения дополнительных мишеней в геноме, связь которых с особенностями индивидуального фармакологического ответа была показана в недавних исследованиях.

ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ СЕНСОМОТОРНОЙ НАГРУЗКИ НА ЗРИТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Муравьева С.В.¹, Пронина М.В.², Моисеенко Г.А.¹, Поляков Ю.И.², Шелепин Ю.Е.¹, Кропотов Ю.Д.²

¹ Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН

² Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН Санкт-Петербург

Особое место среди клинических проявлений шизофрении на ранних стадиях занимают когнитивные нарушения (нарушения восприятия, анализа, обработки, хранения и передачи зрительной информации). Использование высокочувствительных электрофизиологических и психофизических методов могут помочь в ранней диагностике когнитивных нарушений и разработке методов реабилитации пациентов с шизофренией.

Целью настоящей работы было исследование характера изменений когнитивных зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) и контрастной чувствительности у пациентов с шизофренией с продолжительностью заболевания от 1 до 3-х лет до сенсомоторной нагрузки и после нее.

Эти электрофизиологические и психофизические исследования мы провели на группе пациентов с параноидной формой шизофрении, длительность заболевания 1-3 лет, легкой и средней степени тяжести заболевания. В исследовании принимали участие 16 пациентов с шизофренией с продолжительностью заболевания от 1 до 3 лет в возрасте от 16 до 30 лет, а также контрольная группа – 20 здоровых испытуемых в возрасте от 18 до 30 лет.

Работа состояла из 3-х этапов. Первый этап: электрофизиологические (измерение когнитивных зрительных вызванных потенциалов) и психофизические исследования (измерение контрастной чувствительности) в ответ на пространственные стимулы и изображения объектов, которые были обработаны с использованием вейвлет-фильтров для низких и высоких пространственных частот. Второй этап влияние на зрительную систему пациентов сенсомоторной нагрузки. Пациентам предъявлялись виртуальные среды – видеоряд, имитирующий велопробег от первого лица по различным ландшафтам с различным рельефом местности. В основе технологии лежало использование интерактивного видео, полностью синхронизированного с движениями пользователя. Во время тренировки уровень сопротивления менялся в зависи-

мости от рельефа виртуального ландшафта. Задачей пациента был внимательный просмотр пространственных сцен (стимуляция магно-системы) и отдельных объектов на мониторе (стимуляция парво-системы). Третий этап был повторное измерение когнитивных зрительных вызванных потенциалов и контрастной чувствительности.

Проводился анализ компонентов когнитивных ЗВП, отвечающих за зрительное внимание, раннюю сенсорную обработку и оценку информации, ассоциативную память, первичную дифференциацию, сравнение с известными образами и первичное распознавание, мыслительную обработку в течение восприятия стимула, перевод в кратковременную рабочую память, обновление содержания, принятие решения. Регистрировалась скорость сенсомоторной реакции и количество опознанных значимых стимулов.

Условия проведения исследований соответствовали этическим нормам Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации.

В результате анализа психофизических данных у пациентов с шизофренией были получены преобладающие изменения в области высоких пространственных частот. Психофизические данные были подтверждены электрофизиологическими. Анализ значения амплитуды компонентов когнитивных зрительных вызванных потенциалов показал снижение амплитуды компонентов при предъявлении изображений, отфильтрованных по высоким пространственным частотам в затылочной, центральной и лобной областях.

После курса соматосенсорной нагрузки пациентам с шизофренией были проведены психофизические и электрофизиологические исследования такие, как и до нагрузки. В результате были получены следующие данные. Контрастная чувствительность к концу курса увеличилась в области высоких пространственных частот – приблизилась к данным контрольной группы. По данным когнитивных зрительных вызванных потенциалов показано увеличение амплитуды когнитивных компонентов в ответ на изображения, обработанные фильтрами высоких пространственных частот в затылочной, центральной и лобной коре, т.е. улучшилось распознавание и анализ этих изображений.

Большинство исследователей утверждают, что шизофрения разрушает магно-систему (систему, отвечающую за пространственное зрение: ориентацию в пространстве, оценку положения объекта в пространстве, направления движения объекта, анализ пространственных и динамических сцен), менее распространенные данные дисфункции парво-системы (системы, отвечающей за объектное зрение: анализ цвета, размера, формы, текстуры и зрительное узнавание) или дисфункции обеих систем одновременно. По полученным нами данным, у пациентов с параноидной формой шизофрении продолжительностью заболевания от 1 года до 3-х лет наблюдается дисфункция парво-системы. Курс сенсомоторной нагрузки повысил эффективность работы этой системы, стимулировал объектное зрение.

В настоящее время диагностика когнитивных расстройств основана на использовании клинических и психологических методов, каждый из которых требует серьезных временных затрат. Используемые нами электрофизиологические и психофизические методы могут служить основой для разработки эффективных скрининговых методов исследования, которые могут помочь ускорить и углубить раннюю диагностику этих нарушений и способствовать разработке новых методов реабилитации пациентов с шизофренией. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №14-15-00918).

РАБОТА МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Никитин Л.Н., Орлов Ф.В.

*Республиканская психиатрическая больница
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова
Чебоксары*

На основании приказа Минздравсоцразвития Чувашии, в КУ «Республиканская психиатрическая больница» с 20 ноября 2013 г. открыто медико-реабилитационное отделение на 50 мест. Медицинская помощь в данном отделении оказывается в условиях дневного стационара.

За основу работы отделения взяты модули психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации психически больных, разработанные сотрудниками Московского НИИ психиатрии МЗСР РФ. В отделении осуществляется широкий спектр психосоциальных воздействий, направленных на ресоциализацию пациентов, восстановление или формирование у них социальной автономии, независимого функционирования в обществе, расширение социальной сети. Лечение пациентов проводится в наименее стигматизирующих условиях на основе принципов партнерства с пациентами и их родственниками, использования активирующего влияния социума на пациента. Применение психосоциальных методов лечения одновременно с психофармакотерапией необходимо для формирования у пациентов ответственности за свое здоровье и поведение в социуме.

Наряду с фармакологическим лечением, в отделении постоянно, с момента поступления, проводятся мероприятия по социальной и трудовой реабилитации больных. В состав полипрофессиональной бригады входят врач-психиатр, медсестра, психолог, специалист по социальной работе, художественный и музыкальный руководители, сестра милосердия. Отделение осуществляет свою деятельность в тесном взаимодействии со всеми подразделениями больницы, а также оптимизирует межведомственное взаимодействие с учреждениями, оказывающими социальные услуги или иные виды помощи пациентам, в том числе общественными организациями.

Больные с первых дней пребывания включают в трудовые процессы на принципе «самообслуживания»: помогают медперсоналу в организации режима и

распорядка в отделении, начинают работать на участках лечебно-трудовых мастерских больницы. Больные гладят белье, выстиранное в прачечной, в швейном участке шьют халаты, постельное белье, вяжут мочалки, а также в летнее время занимаются выращиванием сельскохозяйственных культур на территории больницы.

Режим труда больных организован с учетом психофизических особенностей больных, сохранности их профессионально-трудовых возможностей, приобретения новых навыков трудовой деятельности. Работа проходит в коллективе, что немаловажно, так как это способствует установлению новых коммуникативных связей и отношений между пациентами, что также является важным компонентом реабилитации.

В отделении открыты просторные помещения для различных реабилитационных направлений: студия активного общения и досуга, музыкальная студия «Вдохновение», художественная студия «Акварель». Активную работу выполняет больничная Храм в честь иконы Божией матери Скоропослушница.

Большое внимание обращается на проведение занятий по психообразованию. Ежедневно проводятся тренинговые занятия больных, направленные на получение навыков социального взаимодействия. Тренинги общения включают следующие модули: «Эффективное общение», «Общение в социуме», «Преодоление барьеров в общении», «Повышение стрессоустойчивости», «Уверенное поведение». В просветительские программы входят вопросы поддерживающего лечения, трудовой занятости, ведения здорового образа жизни, влияние алкоголя, наркотических средств, микроклимата семьи на течение болезни. Оказывается помощь по своевременному переформлению инвалидности, по решению проблем, связанных с трудоустройством.

Совместно с музыкальным руководителем ежедневно готовятся постановки мини-спектаклей и концертов пациентами и для пациентов больницы, в основном приуроченные к праздничным и памятным датам. Импровизированные декорации и детали к костюмам для спектаклей изготавливаются пациентами арт-студии «Акварель» под руководством художественного руководителя. Особую значимость приобрела разработанная в этой студии антитабачная программа «Дыши свободно». Программа содержит доступную информацию о вреде табакокурения в форме концертов-лекций. Литературно-музыкальные номера облегчают усвоение материала. Особенность программы «Дыши свободно» – осмысленные «никотиновой действительности» через творчество. Песни, стихи, сценки о вреде табака помогают сделать первые шаги на пути к собственному здоровью.

Священнослужителями в храме проводятся духовные беседы с пациентами, их родственниками и сотрудниками больницы, проводят божественные литургии с исповедью и причастием. Все это благотворно влияет на больных, улучшает их самочувствие и моральное состояние, дает верующим возможность отправления религиозных обрядов.

Таким образом, реабилитация в отделении направлена на развитие коммуникативных навыков активизацию личностных ресурсов, организацию досуговой деятельности, повышению уровня социальной и психологической компетентности.

О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ МАСТЕРСКИХ Г. АСТАНЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Нуркатов Е.М., Саттарова А.С.

*Медицинский центр психического здоровья
Астана, Республика Казахстан*

Психосоциальная реабилитация в европейских странах, США и РФ является важным этапом социализации пациентов с ментальными нарушениями. С учётом международного опыта, впервые в Республике Казахстан были открыты «Лечебно – производственные мастерские» (ЛПМ), как структурное подразделение при «Медицинском центре психического здоровья» в г. Астана.

Были выделены производственные цеха с заложенным функционирующим оборудованием: столярный, слесарный, швейный, картонажно-переплетный, сувенирный, цех по производству туалетной бумаги, цех по ремонту электрооборудования, художественно-прикладная мастерская и мини-типография.

Открытие данного отделения осуществлялось по принципам этапности, комплексности, доступности и гибкости, согласно стандартам оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения Республики Казахстан, с применением мультидисциплинарного подхода.

Отделение ЛПМ не только решает задачи по трудотерапии и производству, но и предоставляет различные психосоциальные услуги, которые направлены на комплексную реабилитацию. Данные мероприятия включают в себя дифференцированные комплексные программы психосоциальной реабилитации, через разнообразные формы и методы психосоциальных воздействий, основанные на индивидуальных особенностях пациентов, в том числе, учитывающие уровень их социальной адаптации. Реализация реабилитационных программ осуществлялась мультидисциплинарной бригадой специалистов в условиях активной терапевтической среды, по нескольким направлениям: психосоциальное, досуговое, трудовое.

Методы психосоциального воздействия в ЛПМ включают, помимо трудотерапии: психообразование пациентов; тренинги коммуникативности, социальных навыков, навыков самообслуживания, навыков решения проблем; когнитивно-поведенческую и семейную психотерапию; арт-терапию; занятия по ручному рукоделию; занятия в театральной студии – занятия по музыке и вокалу, занятия по обучению танцам, уроки театрального искусства; терапия средой; досуговые программы.

Количество больных, охваченных психосоциальной реабилитацией, с учетом критериев отбора, 51 пациент, из них 28 пациентов прошли психосоциальную реабилитацию и трудотерапию свыше 4-х месяцев. По нозологической структуре 28 пациентов распределились следующим образом: F 02 – 4 пациента (14%), F 07 – 3 пациента (11%), F 20 – 11 пациентов (39%), F 70 – 10 пациентов (36%). Данные пациенты (28 чел.) регулярно посещали все виды трудотерапии и психосоциальные мероприятия.

Оценка результатов психосоциальной реабилитации осуществлялась по следующим индикаторам: уровень работоспособности, уровень интеллектуальной продуктивности, уровень навыков самообслуживания, уровень дневной активности, уровень социальных контактов (количество и качество). Наблюдалась следующая динамика показателей:

- Уровень работоспособности у пациентов увеличился на 6%.

- Потенциал интеллектуальной продуктивности увеличился на 4%.

- Навыки самообслуживания увеличились на 6%. Обращает внимание, что 6 пациентов, нуждающихся в сопровождение, стали самостоятельно передвигаться по городу, добираться до отделения ЛПМ и домой.

- Дневная активность возросла на 7%. 13 пациентов самостоятельно стали посещать городские выставки, кинотеатр, зоопарк, кафетерии и торгово-развлекательные центры; в том числе, посещение мест массового скопления людей (международный футбольный матч) в сопровождение сотрудников ЛПМ.

- Увеличилось количество (в среднем, на 7%) и качество (в среднем, на 7%) социальных контактов. Пациенты стали более открытыми для коммуникации, повысилась самооценка, уверенность. Они стали выступать на праздниках организованными в отделении ЛПМ и проявили инициативу в участие создания социального ролика.

После прохождения психосоциальной реабилитации самостоятельно трудоустроились 9 пациентов.

Таким образом, психосоциальная реабилитация является важным элементом системы обеспечения инвалидов условий для преодоления ограничений жизнедеятельности, направленным на создание им равных возможностей для участия в жизни общества.

Только наличие и полная функциональность всех направлений реабилитации даст инвалидам равные возможности для участия в жизни общества, так как вектор реабилитационной помощи суммирует элементы медицинского, психологического, социального, педагогического, профессионального воздействия, устраняя формирующие ограничения жизнедеятельности неблагоприятные условия – как внутреннего (биологического), так и внешнего (социального) характера, с ориентацией на конечный медико-социальный результат – интеграцию индивидуума в общество.

САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПРОЯВЛЕНИЯХ ФЕНОМЕНА «ОДЕРЖИМОСТИ»

Овчинникова Е.Ю.¹, Стрельник С.Н.²

¹ Психоневрологический диспансер
Сызрань

² Самарский государственный медицинский университет
Самара

Согласно религиозным представлениям, одержимость – состояние, в котором человек подчинён враждебным сверхъестественным существам (духам, демонам, бесам). В христианской мифологии признаками одержимости являются: агрессивность, ругательства и проклятия в адрес христианской церкви и святых, эпилептические припадки, странное поведение, галлюцинации и другие признаки психических расстройств, беспокойство при чтении кем-то молитв, совершении религиозных обрядов, появление возможности разговаривать на неизвестных человеку языках (явление ксеногlossии), «навязчивые» мысли о самоубийстве или убийстве, отсутствие чувства стыда и другие признаки. Часть перечисленных проявлений прямо указывают на актуальность изучения состояния одержимых не только с религиозноведческой точки зрения, но и с позиций научной психиатрии (Goodwin J., Hill S., Attias R., 2005; Ferracuti S., Sacco R., 2010 и др.). Экзорцизм («отчитка» в православии) – процедура изгнания бесов и других сверхъестественных существ из одержимого с помощью молитв, обрядов, представляющая интерес с точки зрения использования приемов психологического (психотерапевтического) воздействия.

Самоповреждение – преднамеренное повреждение тканей тела без суицидальных намерений. Наиболее частая форма самоповреждения – порезы кожи, но самоповреждение также охватывает широкий спектр видов поведения, включая поджоги, царапины, удары или пережатия частей тела, препятствование заживлению ран, вырывание волос и употребление токсических веществ. Самоповреждение встречается как яркое проявление расстройств личности, однако могут повреждать себя также пациенты с самыми различными другими психическими нарушениями, такими как биполярное аффективное расстройство, злоупотребление психоактивными веществами, посттравматическое стрессовое расстройство, алкогольный делирий, шизофрения и т.д.

Целью проведённого исследования явилось изучение особенностей самоповреждающего поведения у лиц с проявлениями феномена «одержимости». Материалом для исследования послужили 22 человека, все – участники ритуала «отчитки» в православной церкви, давших согласие на наблюдение и беседу с ними как в процессе ритуала, так и после его окончания. Изучались 21 женщина и 2 мужчин в возрасте от 19 до 40 лет. Проявления одержимости возникали в разном возрасте, чаще всего (80% изученных) после воздействия различной психической травмы. В дальнейшем проявления «одержимости» имели схожую общую динамику.

Симптомы, присущие феномену «одержимости» обычно возникают у верующих людей, среди обследованных нами все были верующими (христиане). У всех обследованных наблюдаются психические расстройства, среди которых: элементы нарушений сознания, висцеральные галлюцинации и иные, иногда сложно квалифицируемые виды галлюцинирования, приступы агрессии и аутоагрессии. Все проявления собственно «одержимости» имели пароксизмальный характер.

Незначительное число обследованных с проявлениями феномена «одержимости» обращались за помощью в медицинские учреждения, большинство предпочитало иные способы помощи, в том числе обращение к священнослужителям.

В результате исследования были выделены общие особенности в самоповреждающем поведении. Аутоагрессия без суицидальных намерений наблюдалась в 19 (82,7%) случаях. При этом все подобные проявления имели нестандартный характер. Повреждения, наносимые в момент приступа «одержимости», отличались полиморфизмом. В основном, наблюдались такие проявления самоповреждающего поведения, как порезы (89,5%) и ожоги (31,6%) а также нанесение себе травм с помощью твёрдых тупых предметов (15,8%). При этом, чаще всего наносимые травмы имели поверхностный характер и отличались полиморфизмом. В одном и том же случае могли использоваться нож, молоток, верёвка и др. Ни одна из таких попыток не завершилась суицидом. Частыми также были попытки суицида, не подпадающие под медико-юридическую дефиницию собственно самоповреждающего поведения. Попытки суицида совершались в форме повешения, падения с высоты, приёма больших доз различных медикаментов, приёма токсических веществ (42,1%).

Изученные в исследовании психопатологические проявления не могут быть классифицированы в рамках единого расстройства. Однако преобладали проявления, близкие истерическим (конверсионным) расстройствам, индуцированным расстройствам сознания (транс и одержимость F44.3 в МКБ-10). Для большинства исследованных наиболее оправданным является совместное участие в помощи врача психиатра и служителей церкви, что позволило бы воздействовать как на психологические и медицинские, так и на мировоззренческие и духовные составляющие данного феномена.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТАГОНИСТОВ Н-МЕТИЛ-Д-АПСАРТАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ (МЕМАНТИН) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

**Осадший Ю.Ю., Арчаков Д.С.,
Тараканова Е.А., Вобленко Р.А.**

Волгоградский центр профилактики болезней «ЮгМед»
Волгоград

Введение. Негативные симптомы при шизофрении остаются основной причиной инвалидизации пациентов

и предикторами неблагоприятного прогноза [Мосолов С.Н., 2012; Taylor D. et al., 2010]. Гипотезы об этиологии негативных симптомов разнообразны: их рассматривают и как самостоятельные проявления шизофрении, и как вторичные проявления продуктивных симптомов, последствия терапии нейролептиками, депрессии и т. д. [Мосолов С.Н. и соавт., 2012]. Из-за отсутствия понимания механизмов появления негативных симптомов до сих пор не разработаны эффективные модели их фармакотерапии. Варианты терапии, предлагаемые в настоящее время (применение атипичных нейролептиков, антидепрессантов, ингибиторов холинэстеразы, Гинко Билоба, модафинила, фолиевой кислоты, глицина и т. п.), не показывают достаточной эффективности. Несмотря на тенденцию рассматривать шизофрению как заболевание, сопровождающееся дисфункцией нескольких систем нейротрансмиттеров, использование современных препаратов направлено в основном на изменение функционирования дофаминергической системы [Uribe E. et al., 2013]. Однако в последние 20 лет активно ведется разработка препаратов, влияющих на другие системы нейротрансмиттеров, в том числе на глутаматергическую систему. В настоящее время существуют противоречивые данные об эффективности антагониста NMDA рецепторов мемантина при лечении негативных и когнитивных симптомов при шизофрении. Ряд исследователей получили положительные результаты [Kishi T., Iwata N., 2013; Rezaei F. et al., 2013]; другие не обнаружили статистически достоверного влияния [Lieberman J. et al., 2012; Jung Goo Lee et al., 2012].

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности и безопасности мемантина как дополнительного средства для лечения негативных симптомов при параноидной шизофрении у пациентов, принимающих поддерживающую терапию нейролептиком.

Дизайн и методика исследования. В исследование включались больные параноидной шизофренией (F 20.01 и F 20.02 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет. Для включения пациента в исследование общая оценка по шкале позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) не должна была превышать 65 баллов, оценка по субшкале позитивной симптоматики – 15 баллов, а оценка по субшкале негативной симптоматики должна быть не менее 20 баллов. Для оценки аффективных нарушений использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); результат более 10 баллов по любой из субшкал являлся критерием исключения. Основным критерием эффективности было изменение общего балла по шкале PANSS. Дополнительно эффективность терапии оценивалась с помощью шкалы общего клинического впечатления – динамика состояния (CGI-I), а наличие или отсутствие аффективных расстройств определялось посредством опросника HADS.

Исследование включало: фазу скрининга (4 недели), рандомизацию (с помощью таблицы случайных чисел были сформированы две группы пациентов: «нейролептик + плацебо» и «нейролептик + мемантин»). Все пациенты подписали информированное согласие на участие в

исследовании. Пациенты не были информированы о том, что они получают в качестве дополнительного средства, мемантин или плацебо. Мемантин и плацебо находились в желатиновой капсуле, что предотвращало возможность идентифицировать препарат по внешнему виду. Далее следовала фаза титрации дозы мемантина (3 недели): первая неделя – 5 мг/сут, вторая неделя – 10 мг/сут, третья неделя – 20 мг/сут, и фаза активной терапии (5 недель). Плановая оценка (физикальное обследование, PANSS, HADS) проводилась при первом визите (фаза скрининга) и далее 1 раз в 2 недели – на 2, 4, 6, 8, 10 и 12-й неделях. Опросник CGI-I заполнялся на 8, 10 и 12-й неделях. Респондерами считались пациенты с оценкой 1 или 2 балла по шкале CGI-I и уменьшением суммарного балла PANSS на 25% по сравнению с фоновым показателем. Отдельно оценивалось влияние на негативную симптоматику: респондерами считались пациенты со снижением показателей по субшкале негативной симптоматики PANSS на 20% и более. Критериями исключения во время исследования было увеличение общего балла по шкале PANSS на 25% и более или появление необходимости изменения текущей схемы фармакотерапии.

Характеристика больных. В исследование были включены 52 человека – мужчины (30 чел.) и женщины (22 чел.) в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст 32,2±11,6) с диагнозом «параноидная шизофрения», эпизодический тип течения со стабильным или нарастающим дефектом, что соответствовало рубрикам F20.014 (68,2%) и F20.024 (31,8%) по МКБ-10. Длительность заболевания, в среднем, составляла 9,8±4,1 лет. Пациенты принимали монотерапию нейролептиком со стабильной дозой не менее четырех недель, предшествующих рандомизации (из дополнительной терапии допускалось использование только тригексифенидила в качестве корректора экстрапирамидной симптоматики со стабильной дозой в течение не менее четырех недель, предшествующих рандомизации). Все дозы препаратов соответствовали средним терапевтическим. У пациентов не наблюдалось острой психотической симптоматики и тяжелых аффективных нарушений на протяжении четырех недель, предшествующих рандомизации. Из 52 пациентов, включенных в исследование, 47 было рандомизировано (23 пациента в группе плацебо, 24 в группе мемантина). Пять человек выбыли в период скрининга в связи с несоответствием критериям включения. Основными применяемыми нейролептиками были рисперидон – 38,3%, галоперидол – 23,4%, трифлуоперазин – 17%, сульпирид – 4,3%, оланзапин – 8,5% и клопиксол – 8,5%. Трое пациентов (все из группы «нейролептик + мемантин») досрочно выбыли из исследования в связи с увеличением балла по шкале HADS более чем на 10 (оба случая субшкала депрессии) – 2 пациента, увеличением оценки PANSS более чем на 25% – 1 пациент. Выбывшие пациенты не были включены в окончательный анализ. Завершили исследование 44 пациента, по которым и была выполнена окончательная статистическая обработка. Группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям, включая показатели шкал PANSS и HADS.

Результаты исследования. Через 8 недель терапии (период титрации и период активного лечения) группа, получавшая лечение мемантином, обнаружила снижение общего балла PANSS на $4,2 \pm 6,8$ балла. В группе плацебо также отмечалось некоторое снижение общего показателя по шкале PANSS на $3,6 \pm 6,6$ балла. Однако статистически значимой разницы между группами выявить не удалось ($p=0,39$). Также не отмечалось статистически значимых различий ни по одной из субшкал PANSS, по сравнению со стартовыми показателями. Результаты CGI-I также не показали статистически значимых различий между группами ($p=0,43$): количество респондеров было одинаковым и составило 4,5%. Процент респондеров по шкале PANSS составил 4,5% в группе мемантина и 6,8% в группе плацебо ($p=0,38$). Стоит отметить, что изменение оценки PANSS касалось в основном шкалы общих психопатологических симптомов: средний показатель снизился на $6,1 \pm 6,9$ балла в группе мемантина и на $4,8 \pm 6,8$ балла в группе плацебо. Изменения по подшкале позитивных симптомов в группе мемантина и плацебо составили соответственно $2,8 \pm 6,4$ и $3,2 \pm 6,5$, а по подшкале негативных симптомов – $3,8 \pm 6,6$ и $2,9 \pm 6,4$ балла (межгрупповые различия статистически не значимы, $p=0,391$).

Дискуссия. Настоящее исследование получило нулевой результат: группа мемантина статистически не отличалась от группы плацебо. Наш результат дополняет список предыдущих исследований, которые не обнаружили эффективности мемантина как дополнительного средства в лечении негативной симптоматики при шизофрении. Однако при интерпретации нашего результата нужно иметь в виду следующие потенциальные ограничения. Во-первых, исследование имеет некоторые недостатки в дизайне: отсутствие двойного ослепления и применение пациентами как атипичных, так и типичных нейролептиков. Например, существуют данные о положительном влиянии мемантина при комбинации именно с атипичными антипсихотиками [Rezaei F. et al., 2103]. Во-вторых, вызывает вопросы валидность использованной шкалы HADS для диагностики тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с шизофренией [Allan R. et al., 2009]. В-третьих, не была количественно оценена степень выраженности экстрапирамидных расстройств, что могло повлиять на интерпретацию результатов. Наконец, актуальным остается и проведение исследования на большем количестве пациентов, с углубленным контролем влияния мемантина на когнитивные функции, как фактора наиболее затрагивающего социальное функционирование у больных шизофренией [Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н., 2015], с использованием, например, одобренной National Institute of Mental Health когнитивной батареи Matrix Consensus Cognitive Battery для контроля когнитивных функций у больных шизофренией [Synthia Z et al., 2013]. Несмотря на отсутствие эффекта мемантина в данном и нескольких предыдущих исследованиях, обширная теоретическая база сведений о вовлеченности глутаматергической нейротрансдукции в патогенез шизофрении предполагает продолжение поиска средств,

направленных на ее коррекцию. В дальнейших исследованиях следует учесть недостатки предыдущих работ и сконцентрировать большее внимание не на терапии уже сформировавшихся негативных и когнитивных нарушений, а на предотвращении их появления. В этом ключе представляется интересным вопрос корреляции длительности заболевания и эффективности мемантина в отношении когнитивной и негативной симптоматики. Это может послужить предпосылкой для проведения дальнейших исследований, где мемантин будет назначаться пациентам с высоким риском развития шизофрении и/или большим с первым эпизодом.

Выводы. Проведенное исследование не продемонстрировало эффективность мемантина, по сравнению с плацебо, как дополнительного средства для лечения негативной симптоматики при параноидной шизофрении. При этом следует отметить, что мемантин может увеличивать количество побочных эффектов, в том числе за счет ухудшения психического состояния, однако этот факт требует дальнейших исследований.

ДЕКОНСТРУКЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ: НАСТАЛО ЛИ ВРЕМЯ ЕЕ ПЕРЕИМЕНОВАТЬ?

Павличенко А.В.

*Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова
Москва*

Со времен Блейлера и Крепелина среди психиатров разных стран росло понимание того, что шизофрения представляет из себя группу клинически гетерогенных состояний. Исходя из различных критериев (клинических, динамических, этиологических) были предложены различные подтипы болезни. Несмотря на это, концепцию болезни продолжали рассматриваться на протяжении целого столетия как нозологическое единство, хотя на каждом этапе наших знаний меняющиеся парадигмы вносили что-то новое в ее понимание, что нашло непосредственное отражение в основных классификациях психических расстройств (МКБ, DSM). В адаптированном варианте МКБ-9, который вышел в 1983 году, диагностика психических расстройств базировалась на дескриптивном (описательном) подходе. Заболевания шизофренического спектра рассматривались в группе «шизофренических психозов» (295) и для их диагностики требовалось наличие не менее двух признаков (сфер): 1) бредовые идеи (напр., различные силы влияют на мысли и действия, «отнимают» их, больной в центре событий, бред особого значения); 2) галлюцинации (г.о. слуховые и комментирующие); 3) нарушения мышления (шперунги, амбивалентность, обстоятельность); 4) кататонические нарушения (ступор, негативизм); 5) нарушения личности (нивелировка личностных особенностей); 6) изменения настроения (безразличное, капризное, нелепое). Временной критерий в данной классификации отсутствует, хотя в тексте есть примечание, что состояние

не ограничивается хроническим и ухудшающим течением. В дополнении к постановке диагноза необходимо выделить один из следующих типов шизофрении: простая (295.0); гебефреническая (295.1); кататоническая (295.2); параноидная (295.3); острый шизофренический эпизод (295.4); вялотекущая (295.5): «состояние эксцентричного или непоследовательного поведения с аффективными аномалиями»; остаточная (295.6): «симптоматика острого периода потеряла свою остроту»; шизоаффективный тип (295.7). Кроме того, в качестве остаточных рубрик сюда входила группа других форм шизофрении (295.8), в том числе атипичная и ипохондрическая, а также неуточненные формы (295.9), в том числе шизофреноподобный психоз.

Диагностика психических расстройств в МКБ-10, которая официально используется в России с 1998 года, основывается на операциональных критериях (категориальный подход), которые устанавливают четкие границы между расстройствами и позволяют интегрировать различные признаки в одну психопатологическую структуру. В МКБ-10 выделены следующие признаки шизофрении (F.20): а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость); б) бред воздействия, влияния или пассивности, бредовое восприятие; в) галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного; г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры; д) постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания; е) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи; или неологизмы; ж) кататонические расстройства, такие как возбуждение, восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор; з) «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций; и) значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью. Для диагностики шизофрении обязательно наличие, как минимум, одного четкого симптома или 2-х менее отчетливых специфических симптомов из а) – г) или 2 симптомов из д) – и), длительность которых должна быть не меньше одного месяца, а также отсутствие выраженных депрессивных или маниакальных симптомов и явных признаков болезней мозга или аддикций. По сравнению с МКБ-9, в МКБ-10 отмечается уменьшение числа типов шизофрении (параноидная, гебефреническая, кататоническая, простая, остаточная, постшизофреническая депрессия), в первую очередь, за счет выведения за ее границы шизотипического расстройства (F.21), шизоаффективного психоза (F.25), а также острого полиморфного психотического расстройства (F.23), когда длительность психотического эпизода не превышает двух недель. К важным клиническим характеристикам шизофрении в МКБ-10 отнесены такие критерии как «те-

чение» (непрерывное, эпизодическое, с нарастающим или стабильным дефектом) и «ремиссия» (полная, неполная, отсутствие).

В проекте главы МКБ-11, посвященной психическим расстройствам, которая во многом будет напоминать вышедшую в 2013 году DSM-5, критерии диагностики расстройств шизофренического спектра претерпели существенные изменения (Gaebel W., 2015). Шизофрения (F.1) войдет в группу «первичных психотических расстройств», куда также будут отнесены шизоаффективное расстройство (F.2), острое транзиторное психотическое расстройство (F.3), шизотипическое расстройство (F.4), бредовое расстройство (F.5). В рубрику «шизофрения» планируется ввести следующие изменения: удаление клинических типов болезни, введение дименсиональной оценки расстройства, снижение значимости для диагностики симптомов первого ранга по К. Шнайдеру, включение дополнительных критериев (спецификаторов). В то же время непосредственно диагностические критерии шизофрении претерпели небольшие изменения, по сравнению с МКБ-10. В частности, для диагностики шизофрении необходимы, как минимум, два из следующих признаков [один из которых должен быть из перечня (а) – (г)], должны присутствовать большую часть времени на протяжении не менее 1 месяца: а) стойкий бред; б) повторяющиеся галлюцинации (преимущественно слуховые), в) дезорганизованное мышление (нарушения формального мышления); г) ощущения воздействия, овладения или контроля; д) негативные симптомы (эмоциональное уплощение, алогичность или обеднение речи, абулия); е) грубо дезорганизованное поведение, ж) психомоторные нарушения, такие как кататоническое возбуждение, застывание, мутизм или ступор. Дополнительные критерии (спецификаторы) позволяют более точно описать различные аспекты болезни. Спецификатор «динамика» дает возможность описать варианты течения (первый эпизод, множественные эпизоды, непрерывное течение), а также этапы болезни (острый эпизод, частичная ремиссия, полная ремиссия). В настоящее время планируется выделение 6 дименсий шизофрении (позитивные, негативные, депрессивные, маниакальные, психомоторные, когнитивные симптомы), каждую из которых следует оценить по 4-бальной шкале: 0- нет симптомов, 1- незначительная, 2- средняя, 3- значительная выраженность. Критерий «функциональное снижение» рекомендуется оценивать по степени тяжести (0- нет, 1- легкая степень, 2 – выраженная степень), также как и «когнитивное снижение»: нет, сомнительное, легкое, среднее, тяжелое. В отличие от DSM- 5, где кататония представлены как в виде отдельного расстройства, так и в структуре соответствующей дименсии, в МКБ-11 планируется оставить его лишь в группе психомоторных симптомов: «кататоническое торможение», кататоническая ажитация, «другие кататонические симптомы».

Несмотря на то, что термин «шизофрения» в ближайшее время не будет удален из классификаций психических расстройств, во всем мире растут призывы со-

стороны клиницистов, и обществ защиты прав больных отказаться от данного термина как стигматизирующего и не соответствующим уровню наших знаний в этой области (George, 2013; van Os, 2009). Одно из критических замечаний касается того, что шизофрения не является нозологической единицей и описывает лишь способ объединения симптомов для того, чтобы поместить пациентов в определенные группы. С практической точки зрения, это позволяет врачам говорить своим пациентам, например, о том, что в случае существования психоза или мании, у них есть шизоаффективное расстройство, которое при исчезновении психотических симптомов можно диагностировать как «биполярное расстройство», а при исчезновении маниакальных – как «шизофрению». Еще одним спорным моментом в отношении понимания психотических расстройств является тот факт, что в современных публикациях шизофрения описывается как «хроническое заболевание мозга», «деструктивное неврологическое заболевание», «инвалидизирующее расстройство с высокой степенью наследственности» и т.п., в то время как в описании других психотических расстройств (шизоаффективное расстройство, бредовое расстройство), включенных в классификации, данные определения практически не используются. Более того, другие психотические расстройства, которые составляют 70% от общего уровня заболеваемости психотическими расстройствами (на шизофрению, соответственно, приходится 30%), практически не изучаются в научных публикациях: так, по данным PubMed, например, термин шизофрении упоминается более чем в 94% публикаций, в то время как на все другие психотические расстройства вместе взятые приходится менее 6% публикаций. Одной из попыток преодолеть вышеупомянутые и ряд других противоречий, а также улучшить информирование пациентов об их диагнозе является отказ от шизофрении как единственного «деструктивного» психотического состояния в пользу более широкой и гетерогенной категории, например, «психотический синдром спектра» (van Os, 2016).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ОБЩЕГО ТИПА

Панков В.А.

*Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург*

Как известно, целями применения принудительных мер медицинского характера, в соответствии со ст. 98 УК РФ, являются излечение или улучшение психического состояния лиц, совершивших в состоянии невменяемости общественно опасные деяния, а также предупреждение совершения ими новых общественно опасных. Таким образом, принудительное лечение явля-

ется важным «социальным заказом» государства и общества, а задача психиатрической службы заключается не только в обеспечении защиты общества от социально опасных граждан с психическими расстройствами, но и их адаптация к последующей законопослушной жизни. При этом принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа представляется наиболее ответственным этапом принудительного лечения. Это связано как с тем, что данный вид принудительной меры охватывает 62,8% всех пациентов, проходящих принудительное лечение (Венникова И.Н., 2009), так и с тем, что оно, чаще всего, непосредственно предшествует возвращению пациента в общество.

До недавнего времени в Санкт-Петербурге принудительное лечение в психиатрических стационарах общего типа осуществлялось, как правило, в общих психиатрических отделениях. При этом данный контингент пациентов составлял незначительную часть в каждом из отделений, что приводило к тому, что лечебный процесс организовывался разрозненно; само принудительное лечение зачастую ограничивалось фармакотерапией; пациенты были ограничены в возможности принимать участие в общебольничных реабилитационных программах, а элементы реабилитации, в основном, сводились к оформлению группы инвалидности и восстановлению документов.

В то же время принудительное лечение, особенно в завершении его стационарной части, требует особого реабилитационного подхода, сугубо специфичной работы с пациентами и особой подготовки персонала по вопросам, выходящим за пределы обычной лечебно-диагностической работы (Котов В.П., Мальцева М.М.).

В 2013 г. в СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко» принудительная мера медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа начала применяться в специально созданном мужском отделении. Основной целью его создания являлось повышение эффективности принудительного лечения, а в числе основных задач – выработка специфических реабилитационных методов и технологий для данной целевой группы, широкое применение реабилитационных ресурсов внутри отделения, выработка общих критериев оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

В ходе организации отделения была разработана специфичная социореабилитационная программа. Учитывались особенности личности пациентов, находящихся на принудительном лечении, такие как девиантное поведение, возможность проявления открытой агрессии, отмеченная тенденция преобладания и нарастания удельного веса лиц, совершивших общественно опасное деяние по негативно-личностному механизму и не имеющих острого психотического состояния (Мальцева М.М., 1987; Кониная И.В., 1988; Котов В.П., 1996). В небольшой степени именно преобладание среди пациентов лиц с негативно-личностными расстройствами и определяет

специфику реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение повторных правонарушений. Стойкость опасных тенденций таких пациентов, трудная курабельность дефицитарных расстройств предполагает необходимость реабилитационно-терапевтических программ, отличных от принятых в общепсихиатрической практике. Этапы принудительного лечения включают: адаптационно-диагностический, интенсивных лечебно-диагностических мероприятий, стабилизации эффекта и подготовки к выписке.

На первом этапе основной задачей стало формирование необходимых условий для адаптации пациентов в отделении, повышения мотивации к участию в дальнейшей психореабилитационной программе. В этом контексте неотъемлемой частью являются психообразовательные мероприятия для формирования критики и понимания механизма совершенного преступления, что снижает уровень тревоги и побуждает пациентов к активности, принятию ответственности в лечении. На этапе интенсивных терапевтических вмешательств целесообразны групповые занятия с различными мишенями. Как правило, это работа с агрессивным поведением и агрессией в целом, повышение уровня коммуникации, активации эмоциональной сферы, выработки механизмов адекватного восприятия различных ситуаций, тренировки навыков или адаптивного поведения у лиц, утративших необходимые способности. Целью третьего этапа является коррекция и доработка результатов, полученных ранее.

После индивидуального интервью и определения терапевтических мишеней для каждого из пациентов разрабатывается индивидуальная программа терапевтических мероприятий. Исходя из уровня реабилитационного потенциала, были выделены четыре группы пациентов, каждая из которых включена в адаптивный вариант единой реабилитационной программы. В ее рамках последовательно проводятся: психообразование, групповая поведенческая психотерапия, психосоциальная методика для мотивации пациентов, тренинг социальных и когнитивных навыков, тренинг управлением гневом, вербально-дискуссионная группа. Параллельно проводится группа танцевально-двигательной терапии, тренинг социальных и когнитивных навыков для лиц с умственной отсталостью, куда включаются пациенты по показаниям вне зависимости от участия в основной программе. С учётом полученного положительного опыта такой работы, последние два года в реабилитационные мероприятия включаются пациенты других отделений, в том числе женских.

Трехлетний опыт нашей работы позволяет говорить о значительно более широком охвате пациентов, проходящих принудительное лечение, социореабилитационными мероприятиями, формировании единой терапевтической среды, реализации специфичных реабилитационных программ и повышении эффективности лечебной работы с пациентами, проходящими принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В ПОЗДНЕМ ВОСТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ОСЛОЖНЕННОМ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ

Панченко С.И., Рогов А.В.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность проблемы. В последние десятилетия наблюдается тенденция системного изучения вопросов качества жизни больных. В психиатрии этому вопросу уделяется особое внимание. В этой связи актуальным является вопрос о качества жизни и социальном функционировании больных с алкогольной зависимостью, перенесших инсульт, в позднем восстановительном периоде. Коморбидность этих состояний естественным образом сказывается на усилении их негативных последствий. Высокая частота такого вида коморбидности диктует необходимость подробного изучения качества жизни больных, с возможной последовательной коррекцией существующих методов реабилитации у данной группы пациентов.

Цель исследования: изучить особенности качества жизни и социальной адаптации у больных, перенесших инсульт в поздний период восстановления, осложненный алкогольной аддикцией.

Материалы и методы исследования. В основной группе были обследованы 46 больных мужского пола, находящихся на реабилитации по поводу последствий острого нарушения мозгового кровообращения – в сочетании с хронической алкогольной интоксикацией или алкогольной зависимостью. Контрольную группу составил 51 больной, находившиеся на реабилитации после острого нарушения мозгового кровообращения – без систематического употребления алкоголя в анамнезе. Для измерения субъективных показателей качества жизни использовался опросник ВОЗ КЖ-СМ.

Результаты исследования. У больных с хронической алкогольной интоксикацией, перенесших инсульт, объективные показатели социальной адаптации и субъективные параметры качества жизни значительно уступали соответствующим показателям контрольной группы. Так, достоверно чаще отмечались апатические варианты депрессивного синдрома ($p < 0,001$), повышенная агрессивность во взаимоотношениях с окружающими ($p < 0,01$), снижение уровня семейной адаптации, худшие показатели комплаенса, более частые отказы от терапии. В контрольной группе отмечалась более высокая субъективная оценка, касающаяся как социального функционирования, так и показателей оценки социального благополучия.

Вывод. Показатели качества жизни и уровень адаптации больных с хронической алкогольной интоксикацией или алкогольной зависимостью, перенесших инсульт, в позднем восстановительном периоде значительно хуже показателей контрольной группы. Безусловно, ведущим фактором, приводящим к снижению качества жизни, является коморбидность с алкогольной зависимостью.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Панченко С.И., Рогов А.В.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность: выявление психопатологических особенностей, нередко сопровождающих острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в различные периоды, является одной из актуальных проблем, носящей междисциплинарный характер. Связано это с «омоложением» инсульта, его высокой распространенностью и обилием психотических явлений, часто сопровождающих данную патологию. Особый интерес представляет структура психотических расстройств у лиц, перенесших инсульт, в позднем восстановительном периоде. Именно в этом периоде наблюдается наибольшая диссоциация между восстановлением неврологических изменений и проявлением психопатологических симптомов.

Цель исследования: установить структуру психотических расстройств у лиц, перенесших инсульт, в позднем восстановительном периоде, в зависимости от типа перенесенного ОНМК.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи были обследованы 47 больных с диагнозом ОНМК. Все больные были разделены на 2 группы: I группа – ОНМК по ишемическому типу (31 человек), II группа – ОНМК по геморрагическому типу (16 человек). Для исследования психопатологических особенностей использовалась Шкала оценки позитивной/негативной симптоматики PANSS.

Результаты исследований. Как показали исследования, у больных I группы в большей степени, чем во II группе, отмечались так называемые, позитивные симптомы, что естественным образом отражалось на структуре психотических расстройств. В первой группе отмечались такие синдромы, как аффективно-бредовой – 34%, депрессивный синдром с чувством тоски – 25%, галлюцинозно-параноидный – 16%; негативная симптоматика определяла структуру органического амнестического синдрома и деменции и составляла – 22%. Аналогичные исследования показали, что у больных II группы, чаще определяется негативная симптоматика. Так, в этой группе больных, больше выявлялись такие синдромы, как органический амнестический синдром и деменция – 66%, апатический вариант депрессивного синдрома – 28%.

Выводы. Из приведенных данных видно, что психопатологическая структура психотических расстройств в позднем восстановительном периоде у лиц, перенесших инсульт, отличается и зависит от вида перенесенного нарушения мозгового кровообращения. Очевидно, данное различие связано с более грубыми изменениями в структурах головного мозга.

ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

Пикиреня В.И.

*Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Республика Беларусь*

К числу наиболее распространенных психоактивных веществ, приносящих значительные негативные последствия как для потребителей, так и для их окружения, относится этиловый спирт [1]. Его употребление может значительно влиять на мыслительные процессы человека. Зная, как употребление алкоголя сказывается на функционировании психики, мы можем разрабатывать специфические методы работы с негативными последствиями его приема.

Когнитивные навыки – это набор психических процессов, служащих для принятия успешных решений в различных ситуациях и включающий в себя такие символические операции как восприятие, память, создание образов и мышление [7].

Эффекты, наступающие от употребления психоактивных веществ, можно разделить по времени наступления и продолжительности проявлений. В зависимости от того, когда проявляются последствия, можно выделить интоксикационные изменения и нарушения, которые возникают при систематическом употреблении; по продолжительности проявлений изменения могут быть как постоянными (даже после однократного приема), так и временными.

Последствия употребления алкоголя являются результатом как непосредственного воздействия самого этилового спирта, так и его метаболита – ацетальдегида. Ацетальдегид, как известно, обладает собственной фармакологической активностью, в том числе и влияющей на психические процессы. Ацетальдегид является первым метаболитом этанола, и ответственен за развитие многих субъективно неприятных ощущений, проявляющихся при употреблении алкоголя. Эти ощущения, например, дисфорическая реакция, являются протективными в отношении формирования синдрома зависимости [9]. Эффект ацетальдегида осуществляется как прямым его воздействием на катехоламиновые системы путем активации кальциевых каналов, так и за счет его конденсации с норадреналином, серотонином, эндорфинами (при этом образуются такие вещества, как сальсолинол и гармалин с собственной фармакологической активностью). Кроме этого, ацетальдегид обладает способностью конкурентно взаимодействовать с норадреналиновыми, дофаминовыми и серотониновыми рецепторами. Эти вещества вызывают в психике соответствующие реакции – галлюциногенные, психостимулирующие, противотревожные. Гармалин дополнительно стимулирует трансформацию серотонина в мелатонин, и это является одним из механизмов нарушения цикла сна-бодрствования при длительном употреблении алкоголя [11].

Во время интоксикации этиловый спирт оказывает на психику различное действие в зависимости от концентрации в крови. Его действие обычно начинается с общей

расторженности, снижения концентрации внимания, говорливости, общительности, снижения самоконтроля, кроме этого, повышается порог болевой чувствительности. По мере нарастания концентрации алкоголя в крови еще больше снижается скорость реакции, теряется возможность контролировать свои действия, нарушается способность к установлению логических связей между происходящими событиями и явлениями (рассуждение). В дальнейшем, при усилении интоксикации, моторные нарушения начинают преобладать, по степени значимости, над психическими. Значительно страдают возможности понимания и запоминания происходящих событий. Кроме этого, могут быть сильно выражены эмоциональные колебания [10].

При хроническом употреблении алкоголя спектр когнитивных нарушений значительно шире. Вместе с тем, есть исследования, в которых показано, что люди с легким и средним уровнем употребления алкоголя лучше проходят тесты на когнитивные навыки, по сравнению как с тяжело употребляющими, так и с полными абстинентами [7]. Тяжелое же употребление алкоголя ассоциировано с большим количеством когнитивных нарушений. Изменения в когнитивной сфере можно обнаружить у 50-80% алкоголь зависимых пациентов без признаков неврологических осложнений [4]. Исследователями определены четыре профиля пациентов с синдромом зависимости от алкоголя по отношению к когнитивному функционированию: 1) без когнитивных нарушений, 2) изолированный дефицит исполнительских функций, 3) исполнительский дефицит с нарушениями памяти, но сохранным общим функционированием, 4) глобальные когнитивные нарушения с проблемами в общем функционировании [8].

Совокупность когнитивных нарушений при тяжелом употреблении алкоголя формируют так называемый синдром исполнительского дефицита (*dysexecutive syndrome*). Предположительно, этот синдром развивается как следствие нарушения работы центрального управляющего элемента (*central executive*) в системе рабочей (оперативной) памяти [2]. При этом страдают планирование, абстрактное мышление, гибкость, контроль поведения. Синдром исполнительского дефицита характерен для большого спектра нейродегенеративных заболеваний, к которым относятся деменции различной этиологии, посттравматические изменения в головном мозге и др.

Синдром исполнительского дефицита состоит из трех относительно независимых друг от друга частей: эмоциональные, поведенческие и непосредственно когнитивные нарушения.

К эмоциональным нарушениям относятся проблемы с трудностями в подавлении различных чувств: гнева, волнений, печали, разочарования и т. д. К этой же категории относят повышенный уровень агрессии и трудности с принятием чужой точки зрения.

Поведенческие нарушения включают в себя ослабленный контроль за импульсивным поведением, повышенный уровень эгоцентричности и упрямства. При сильных

нарушениях также могут проявляться такие феномены, как автоматическое использование объекта по назначению без учета обстоятельств. Например, если во время опроса перед пациентом будут лежать ручка и чистый лист бумаги, то он начнет на нем писать, даже если это не входит в план интервью. Еще одним нарушением являются застревающие (*stuck-in*) персеверации, когда пациент не может переключить внимание с одного предмета на другой. Например, если попросить такого пациента назвать деревья, растущие в лесу, то он назовет березу и не сможет переключиться на другие породы, хотя и знает их. И даже если задать ему вопрос на другую тему, он все еще может продолжать пытаться ответить на предыдущий.

К собственно когнитивным симптомам синдрома исполнительского дефицита относят короткий период произвольного внимания и связанные с этим сложности при длительном чтении и также проблемы удержания сюжетной линии и предмета общения. Страдают рабочая и кратковременная типы памяти. Диапазон этих нарушений может быть достаточно широк и зависит от многих факторов: локализации поражений в нервной системе, личности самого человека, его интеллекта и жизненного опыта. Характерными также являются нарушения оценки точности воспоминаний и, в связи с этим, автобиографической памяти [3].

Кроме симптомов, характерных для синдрома исполнительского дефицита любой этиологии, при длительном злоупотреблении алкоголем формируются специфические особенности. К ним относят дефицит контроля за импульсивным поведением, нарушение кодирования и воспроизведения информации, в результате чего возникают проблемы в обучении новой информации. К специфическим нарушениям также относится снижение «*autonoetic consciousness*» – умения представлять события из прошлого, вероятного будущего или вымышленные ситуации и моделировать возможные варианты своего поведения [5].

Таким образом, когнитивные изменения, возникающие в результате употребления алкоголя, могут быть разнообразными, иметь различный механизм возникновения, различную длительность, что необходимо учитывать при установлении диагноза и назначении лечения.

Литература:

1. ВОЗ. Злоупотребление психоактивными веществами. Алкоголь. // http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/ru/
2. Baddeley A., Sala S. Della Working memory and executive control. // *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*. – 1996. – № 1346 (351). – P. 1397–403; discussion pp. 1403–4.
3. Baddeley A., Wilson B. Frontal amnesia and the dysexecutive syndrome. // *Brain and Cognition*. – 1988. – № 2 (7). – P. 212–30.
4. Bates M.E. et al. Short-term neuropsychological recovery in clients with substance use disorders. // *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. – 2005. – № 3 (29). – P. 367–77.

5. Bernardin F., Maheut-Bosser A., Paille F. *Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects // Frontiers in Psychiatry.* – 2014. – № 78 (5). – P. 1–6.

6. Britton A., Singh-Manoux A., Marmot M. *Alcohol consumption and cognitive function in the Whitehall II Study. // American Journal of Epidemiology.* – 2004. – № 3 (160). – P. 240–7.

7. *Concise Dictionary of Modern Medicine / Eds. J.C. Segen, McGraw-Hill., 2006.* – P. 765

8. Ihara H., Berrios G.E., London M. *Group and case study of the dysexecutive syndrome in alcoholism without amnesia. // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* – 2000. – № 6 (68). – P. 731–7.

9. Peng G.-S., Yin S.-J. *Effect of the allelic variants of aldehyde dehydrogenase ALDH2*2 and alcohol dehydrogenase ADH1B*2 on blood acetaldehyde concentrations. // Human Genomics.* – 2009. – № 2 (3). – P. 121–7.

10. Peterson J.B. et al. *Acute alcohol intoxication and cognitive functioning. // Journal of Studies on Alcohol.* – 1990. – № 2 (51). – P. 114–22.

11. Quertemont E., Didone V. *Role of acetaldehyde in mediating the pharmacological and behavioral effects of alcohol. // Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.* – 2006. – № 4 (29). – P. 258–265.

АРТ-ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Резаков А.А.

ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина
Санкт-Петербург

Психоневрологический дневной реабилитационный стационар (далее ПНДРС) является структурным подразделением Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина и полустационарным психиатрическим отделением, работающим в режиме дневного стационара, который рассчитан на одновременное пребывание детей от 11 до 18 лет в количестве 100 человек.

ПНДРС осуществляет лечебно-реабилитационную деятельность, главной целью которой является создание и поддержание коммуникативно-познавательной среды, дающей возможность получения образования в условиях школы и успешной интеграции в социум детям с непсихотическими психическими расстройствами. Такие психические непсихотические расстройства обычно представлены синдромами эмоциональных расстройств, расстройств поведения, нарушений когнитивных функций, аффективных расстройств и церебрастенических проявлений.

На базе отделения работает школа, которая является педагогическим учреждением общеобразовательного типа для детей с ограниченными возможностями здоровья. В школе обучаются дети с 5 по 9 классы по массовой

программе с учетом индивидуальных особенностей. В школе наполняемость классов по 12 человек, в учебном расписании предусмотрены 2 большие перемены в середине учебного дня и чередование процессов обучения и реабилитационной деятельности. Совместные скоординированные действия персонала отделения и школы направлены на включение детей с различными трудностями школьной и социальной адаптации в рабочий стереотип и максимально возможное усвоение ими знаний базовой школьной программы.

Осуществляемая отделением лечебно-реабилитационная деятельность позволяет адаптировать цензовое образование в зависимости от состояния ребенка с учетом многофакторной природы психических расстройств. Совместные скоординированные действия персонала отделения и школы направлены на включение детей с различными трудностями школьной и социальной адаптации в рабочий стереотип и максимально возможное усвоение ими знаний базовой школьной программы. Одним из видов реабилитационных мероприятий, проводимых в отделении, является арт-терапия.

Арт-терапия осуществлялась в условиях ПНДРС 2-3 раза в неделю и подкреплялась использованием различных техник: квиллинга, фелтинга, техники декупажа, использованием витражной росписи, художественной живописи, созданием аппликаций и рисунков по различным тематикам, работой пациентов с глиной и гипсом в гончарной мастерской в группе до 12 человек на протяжении года. Наряду с этим, осуществлялись и мероприятия выездного характера, что стало возможным при междисциплинарном сотрудничестве ПНДРС и музеев города – Эрмитажа, Русского музея, Государственного музея истории религии.

При сотрудничестве с Русским музеем стоит отметить, в рамках междисциплинарного подхода, участие кафедры компьютерной графики и дизайна Института Кино и телевидения (СПбГИКиТ): студенты данного учебного учреждения в количестве 15 человек взаимодействовали с пациентами ПНДРС и вместе создали мультипликационный фильм по проведённой арт-терапевтической работе, а так же озвучивали его. Работа строилась поэтапно, от выбора и изучения пациентами картины в Русском Музее; от выполнения эскиза работ в мастерских и проведения мастер-классов в мастерской Русского музея по анимации до перенесения на дисплей компьютера; и работы с необходимыми программами для создания образов и эффекта перемещения объектов и деталей в пространстве. Занятия проводились 2 раза в месяц в определённые дни, с постоянным составом пациентов (группа до 12-15 человек) на протяжении одного года. Критериями включения в работу были художественные способности пациентов, невротические проявления, нестабильная самооценка, трудности в общении и самоконтроле, тревожные и депрессивные проявления в эмоциональном состоянии. В ходе проведения арт-терапии в данной группе пациентов удалось улучшить общение пациентов между собой – в классах, с медицинским и педагогическим персоналом, с

родителями; снизить степень выраженности тревожных и депрессивных проявлений на фоне фармакологической терапии и психотерапии, улучшить эмоциональное состояние и развить интерес к творческой самостоятельной работе, что важно в связи с начальными проблемами пациентов при поступлении в ПНДРС – крайне низкой мотивации к познавательной деятельности. Итогом комплексной работы была презентация созданного мультфильма в Михайловском замке и награждение всех участников проекта при непосредственном участии представителей Русского музея и Фонда «В поисках Гармонии». Стоит отметить, что данный мультфильм вошёл в ролик презентации о ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина на конкурсе в городе Москве в номинации «Реабилитация детей и подростков», и наше учреждение получило приз в данной номинации. Кроме того, при открытии филиала Русского музея в городе Малага, в Испании мультфильм вошёл в обучающие программы по арт-терапии с переводом на испанский язык.

Продолжением работы на втором этапе сотрудничества было участие той же группы пациентов ПНДРС в многоступенчатом проекте – рисование мелками на асфальте, участие пациентов в выставке живописи «Петербург – глазами детей», работа пациентов в Михайловском замке, продолжение занятий в мастерских Русского музея, участие в Федеральном конкурсе лучшего рисунка в Императорских садах. По итогам конкурса, пациент ПНДРС занял первое место в городском конкурсе и получил ценный приз за выполнение лучшей художественной работы.

Другим не менее важным проектом междисциплинарного характера для пациентов ПНДРС, связанным также с сотрудничеством с Русским музеем и Фондом «В поисках Гармонии» в структуре арт-терапии, было участие в детском пасхальном фестивале искусств в музее Фаберже. В этом проекте принимали участие пациенты, имеющие опыт проведения арт-терапии ранее и трудности в межличностных отношениях, повышенную тревожность, эмоциональную неустойчивость, конфликтность, оппозиционность к установленным социальным правилам и нормам (группа до 10 человек). Пациенты ПНДРС создавали пасхальные композиции при участии арт-терапевта из музея Фаберже и учились работать в современной технике живописи. В работу вовлекались и родители пациентов, которые вместе с детьми выполняли роспись по фарфору в музее Фаберже. Совместное участие родителей и детей было очень важно для построения партнёрских взаимоотношений в системе семейных ценностей и подкреплялось участием родителей на базе ПНДРС в семейной психотерапии и семейном консультировании.

Следующим важным проектом было сотрудничество с Эрмитажем и Государственным музеем истории религии.

Работая по авторской программе психолога и искусствоведа Колесина А.Н. «Музеум» в Эрмитаже и в Государственном музее истории религии, 1 раз в неделю на протяжении года, пациенты ПНДРС из другой группы

проводили анализ картины в цветовом исполнении, образном представлении и отображали через символические изображения и цветовые образы особенности своих эмоциональных нарушений. Это было важно при предшествующих трудностях в самоконтроле, необходимости принятия себя с учётом формирования личности и мировоззрения на фоне пубертатного периода, сложностей в межличностном общении, и, наконец, при эмоциональных нарушениях.

Программа «Музеум» являлась первой технологической ступенью (пилотной моделью) системы творческой реабилитации пациентов ПНДРС, по окончании которой группа постоянных участников (12 человек) переходила к осуществлению второй ступени – созданию студии театрального тренинга. Это стало возможным при сотрудничестве с представителями Большого драматического театра, которые выходили 1 раз в неделю на отделение ПНДРС и работали с пациентами на воспроизведение театральной среды, отработке движений, эмоций и сюжетной линии мини-спектакля из жизни современного подростка. Обе ступени ставили перед собой задачу расширение адаптивных возможностей пациентов, снижение тревожности и улучшение межличностных отношений, наряду с образовательным и эстетическим значением. Проект ПНДРС с Большим драматическим театром в настоящее время не завершён, в дальнейшем планируется окончательная постановка мини-спектакля.

В рамках выездных мероприятий арт-терапевтического характера, проводимых для пациентов ПНДРС, было участие в художественном фестивале в галерее современного искусства Эрарта, когда всем участникам фестиваля предлагалось изобразить в произвольной форме какой-либо объект из просмотренных инсталляций, при этом требовалось работать в команде, что было важно для улучшения коммуникативных качеств и улучшения общения. Далее, при смене участников команды, проводилось и дополнение созданных образов новыми цветовыми и графическими решениями, что приводило к расширению границ первоначального объекта и приобретению нового опыта для пациентов ПНДРС с учётом необходимости взаимодействия с пациентами других детских стационаров города, присутствующими на фестивале.

После окончания занятий по арт-терапии, у пациентов ПНДРС значительно улучшилась самооценка, снизилась тревожность, улучшились коммуникативные качества и самоконтроль, значительно изменились отношения в группе сверстников, что подтверждалось при клиническом наблюдении за пациентами в отделении и при применении социометрии. Использование госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS позволило констатировать снижение выраженности тревожных и депрессивных реакций до 6 баллов в среднем значении. Кроме этого, улучшилась мотивация к познавательной и учебной деятельности, что положительно сказалось на учебном процессе.

Таким образом, можно говорить об использовании арт-терапевтических программ в рамках комплексной ре-

абилитационной работы с пациентами ПНДРС с учётом междисциплинарного взаимодействия и эффективности их применения при коррекции невротических, эмоциональных, коммуникативных и личностных нарушениях у детей и подростков с непсихотическими психическими формами заболеваний.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А.

*Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН
Санкт-Петербург*

В системе реабилитационных мероприятий при любой патологии психологическое направление приобретает ведущую роль, поскольку речь идет о личности больного человека. В личности заложены механизмы способные усилить, ослабить или сформировать симптомы заболевания. Речь идет о процессах саморегуляции личности, которые могут включать резервные возможности, направленные на борьбу с болезнью, или наоборот, усилить процессы развития заболевания и которые могут осуществляться как на осознанном, так и неосознанном, или бессознательном уровнях. Психологические аспекты реабилитации должны включать в себя психологическую диагностику, анализ механизмов психологических нарушений, психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия, методы социально-психологической адаптации, а также использование немедикаментозных способов оптимизации психофизиологического состояния.

Рассеянный склероз (РС) – тяжелое неврологическое заболевание, приводящее людей трудоспособного возраста к инвалидизации. РС включает симптомы как органической, так и функциональной патологии, поэтому в нем сконцентрированы многие психологические проблемы на фоне течения и развития. Основная задача данного сообщения заключается в том, чтобы раскрыть основные аспекты психологической реабилитации больных РС.

Обследовано 226 больных РС (126 женщин и 64 мужчин) в возрасте от 18 до 57 лет с длительностью заболевания от 1 до 18 лет, находящихся в состоянии ремиссии. Использовался широкий комплекс психологических методик, направленных на исследование интеллектуально-мнестических функций, нейропсихологического статуса, эмоциональной сферы, личности и внутренней картины болезни. Для восстановления психофизиологического состояния использовался метод формирования и активаций артифициальных стабильных функциональных связей (АСФС) мозга человека, основанный на сенсорных импульсных воздействиях заданной частоты.

Результаты психологических исследований больных РС выявили разноплановые психологические нарушения – интеллектуально-мнестических функций (памяти, внимания, мышления), нейродинамики психической деятельности (снижение продуктивности и неустойчивость

умственной работоспособности, истощаемость психических процессов), нейропсихологические симптомы в виде, главным образом, лобной акалькулии и остаточных явлений речевых нарушений, психологические особенности личности на осознанном и неосознанном уровне и неадекватную структуру внутренней картины болезни. Отмечалась высокая вариабельность индивидуальных психологических показателей. Полученные данные свидетельствуют о снижении продуктивности умственной работоспособности, уровня психической активности и об астенизации состояния больных РС.

У подавляющего большинства больных (75,4%) оказался высокий уровень тревоги. Исследование особенностей личности больных РС вывило повышение показателей ММПИ по большинству шкал, что свидетельствует о нарушении личностной адаптации. Корреляционный анализ психологических и клинично-anamnestических данных показал, что эффективность и характер адаптации личности (по ММПИ) зависят от таких факторов как возраст, длительность и тяжесть заболевания.

При сопоставлении психологических показателей с данными ПЭТ исследования выявлено наличие определенных соотношений отдельных характеристик личности и эмоционального состояния со структурами, главным образом, лобных, височных и теменных отделов коры головного мозга, лимбической системы (поясная извилина, бледный шар/скорлупа, хвостатое ядро, парагиппокампальная извилина и др.) и мозжечка. Вместе с тем, для каждого варианта дезадаптивных нарушений личности свойственен свой особый способ их функционирования, характеризующийся повышением или понижением СМГ, а также межполушарной латерализацией.

Среди различных видов агрессии особое значение имеет скрытая агрессия, т.е. в разной степени неосознаваемая и внешне ничем не проявляющаяся. Она способствует формированию психической напряженности и при длительном воздействии неблагоприятных стрессовых факторов может приводить к дезадаптивным расстройствам личности и в конечном итоге к стойким необратимым нарушениям в различных системах организма. Таким образом, из защитного механизма человека на фрустрацию агрессия может превращаться в механизм развития психосоматической патологии.

Больные предъявляли разнообразные жалобы, связанные с нарушениями в различных системах организма. Наиболее значимыми для больных оказались двигательные нарушения, болевые ощущения, эмоциональные, активационные и чувствительные расстройства.

Большинство больных РС имели смешанный и диффузный варианты отношения к заболеванию, включающие разнонаправленные эмоциональные типы реагирования на болезнь (интра- и интерпсихической направленности), имеющие конфликтный характер и представляющие сложности при психокоррекционной работе. Выявлена корреляционная взаимосвязь между наличием очагов в мозолистом теле (по данным МРТ) с характером и выраженностью личностной дезадаптации. Полученные данные могут

свидетельствовать о влиянии очагов демиелинизации в мозолистом теле на формирование дезадаптивных вариантов «внутренней картины болезни» и нарушений в эмоционально-личностной сфере. Это может быть связано с нарушением межполушарного взаимодействия, ведущего к нарушению интегративных возможностей мозга, что играет важную роль в процессах адаптации к заболеванию.

После воздействия методом формирования и активаций АСФС у больных РС наблюдались улучшения функционального состояния мозга, когнитивных функций и эмоционально-личностной сферы.

Таким образом, у больных РС выявлены эмоционально-личностные нарушения на разных уровнях психической деятельности, которые носят неоднозначный противоречивый и конфликтный характер и которые чрезвычайно важны для: 1) понимания клинико-психологической картины болезни, и соответственно общего патогенеза заболевания, 2) диагностики психологического статуса, определения эмоциональных психологических структур – мишеней, необходимых в лечебных, психотерапевтических, коррекционных целях и 3) разработки реабилитационных программ. Включение метода формирования и активаций АСФС, способствующего оптимизирующим перестройкам эмоционально-личностной сферы у больных РС, может быть рекомендовано для включения в систему реабилитационных мероприятий у этих больных.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ

Романова Е.В.

*НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой
Москва*

Среди молодых людей 15–29 лет самоубийства являются второй ведущей причиной смерти, а количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет около 13% от общего числа умерших от неестественных причин. По данным ряда авторов, суицидальные мысли в возрасте 14–24 лет возникают у 30% молодых людей; 45% девушек и 27% юношей размышляют о самоубийстве. Суицидальные действия совершают 10% девушек и 6% юношей. У половины подростков 15–16 лет, совершающих попытки самоубийства, эти попытки не первые (ВОЗ, 2006; Корнетов А.Н. и др., 2013; Иванова А.Е. и др., 2011)

Нами обследовано 188 детей и подростков в возрасте 8–17 лет, поступивших в психиатрический стационар в экстренном порядке; у всех в числе жалоб при поступлении были суицидальные высказывания, угрозы, самоповреждающее поведение и/или суицидальные попытки (в т.ч. неоднократные). Средний возраст обследованных составил 12,8±1,4 лет. Все пациенты проходили необходимое стационарное обследование и комплексное лечение.

В первые дни госпитализации все обследованные опрашивались на предмет уточнения особенностей обстановки, на фоне которой возникло суицидальное и/или самоповреждающее поведение, определения мотивов, целей и непосредственных причин совершенных ими поступков.

Кроме того, осуществлялась работа с родителями (или лицами, их замещающими) 165 детей/подростков. Со всеми родителями проведена первичная диагностическая клиническая беседа с целью уточнения отдельных особенностей анамнеза жизни и заболевания, особенностей обстановки, на фоне которой возникло суицидальное поведение, определения отношения членов семьи к произошедшему.

Согласно классификации А.Е. Личко, А.А. Александрова (1974), в группе обследованных пациентов диагностировались все типы суицидального поведения (демонстративный, аффективный и истинный). Однако у большого количества обследованных однозначного понимания природы суицидального поведения достигнуть не удалось, возникали сложности в интерпретации данных, оказалось практически невозможным однозначно дифференцировать поведенческие акты обследованных (они отнесены к группе с недифференцированным/смешанным типом).

Все пациенты разделены на группы по нозологической принадлежности. Среди обследованных чаще других (38,3%) диагностировались эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F9) (в т.ч. F91, F92 и F98). На втором месте с частотой 15,43% диагностировались органические психические расстройства (F0) (в т.ч. F06, F07), далее в 14,9% случаев – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2) (в т.ч. F20, F21, F23, F25). Аффективные расстройства (F3) составили 11,17% (в т.ч. F31 и F32), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4) – 9,04% случаев (в т.ч. F41, F43 и F48). Умственная отсталость (F7) диагностирована в 8,51% случаев (в т.ч. F70, F71). Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5), и патохарактерологические формирования личности (F6) диагностированы, соответственно, в 1,6% и 1,06% случаев.

Если в лечении пациентов с органическими психическими расстройствами, расстройствами шизофренического спектра и умственной отсталостью на первом месте стоит психофармакотерапия, а возможности психотерапии ограничены, имеют свою определенную специфику и играют скорее вспомогательную роль; то пациенты с расстройствами настроения, невротическими, связанными со стрессом и эмоциональными и поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста представляют основной контингент (58,51% обследованных) нуждающихся в психотерапевтическом вмешательстве с первых дней нахождения в стационаре.

В ходе первичной диагностической клинической беседы врача-психотерапевта с пациентами осуществля-

лась оценка текущего психического состояния, определялись возможности и основные мишени для дальнейшей психотерапевтической работы (в форме индивидуальной, семейной и/или групповой терапии).

На основании анализа полученных данных было определено, что психотерапевтическое вмешательство в ситуации с подростками с суицидальным и самоповреждающим поведением должно преследовать следующие основные цели:

- 1) коррекция эмоционального состояния, уровня тревожности;
- 2) коррекция самооценки, образа Я, уровня притязаний;
- 3) коррекция степени перфекционизма;
- 4) коррекция уровня стрессоустойчивости и фрустрационной толерантности, обсуждение возможностей совладания со стрессом, тренировка использования адаптивных копинг-стратегий (в т.ч. обсуждение отношения к ситуации, приведшей к суицидальной попытке);
- 5) коррекция склонности подростка к импульсивной агрессии;
- 6) ключевым моментом является обязательная коррекция особенностей мышления в концепции когнитивно-бихевиорального подхода.

Наконец, важна коррекция жизненных целей (в отдельных случаях – обсуждение экзистенциальных проблем, смысла существования и пр.), отношения к членам семьи и внутрисемейных отношений, коррекция отношений со сверстниками.

Полученные нами данные соответствуют описанным ранее на психически здоровых подростках. Так, в частности, положительные корреляционные связи показателей перфекционизма и суицидальных мыслей и намерений установлены в исследованиях Stephens (1987), Hankin (1997), Hewitt, Newton, Flett, Callander (1997), Fehonetal (2000) и др. В исследованиях А.Б. Холмогоровой и С.В. Воликовой (2012) выделены шесть параметров структуры детского перфекционизма: высокие стандарты деятельности; родительский перфекционизм (восприятие ребенком завышенных требований родителей); негативное отношение к ошибке, неудаче; успех как основной мотив деятельности; физический перфекционизм; перегруженность (сверхделание). На большое значение высокого уровня социальной тревожности для риска суицида также ранее указывалось исследователями. Отмечалось, что дезадаптивные способы совладания с негативным аффектом, крайне узкий набор используемых копинг-стратегий у подростков с риском суицидального поведения диктуют необходимость работы с поведенческими проявлениями с целью развития конструктивных навыков решения проблем.

Важным моментом является связь между суицидальным поведением у молодых людей и свойственными им дисфункциональными убеждениями, относящимися к разным типам личностных расстройств (в концепции когнитивной терапии). Так, полученные А.Б. Холмогоровой и соавт. данные свидетельствуют о том, что, по сравнению

с группой пациентов с депрессивными расстройствами без суицидальных попыток, в группе с суицидальным поведением статистически значимо чаще встречаются дисфункциональные убеждения, свойственные трем типам личностных расстройств: обсессивно-компульсивному, пассивно-агрессивному и пограничному. Например, такие как: «Я должен полностью контролировать эмоции», «Важно любую работу выполнять идеально» (обсессивно-компульсивный тип личностного расстройства), «Я должен все делать по-своему», «Лучше не выражать свой гнев прямо, но показывать неудовольствие путем неподчинения» (пассивно-агрессивный тип личностного расстройства), «Мир опасен и враждебен», «Я бессилен и уязвим», «По своей сути я неприемлем» (пограничный тип личностного расстройства). В связи с этим необходимо подчеркнуть значение использования когнитивного подхода в психотерапевтической работе с подростками с суицидальным поведением.

В заключение отметим, что только комплексное, специально организованное и достаточно длительное (около года) психотерапевтическое сопровождение подростка и его семьи сможет предупредить суицидальное и самоповреждающее поведение в будущем.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Романова Е.В.

*НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой
Москва*

Не вызывает сомнений необходимость оказания психологической поддержки семье, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Участие специалиста в области охраны психического здоровья (психолога или психотерапевта) на всех этапах оказания медицинской помощи по основному заболеванию будет способствовать повышению как эффективности этой помощи, так и удовлетворенности ею. Психообразовательные программы, программы психосоциальной терапии и семейно-центрированные модели медико-психолого-педагогического сопровождения разработаны и продолжают разрабатываться, главным образом, для активного вовлечения родителей в терапевтический процесс, снижения уровня семейного бремени, повышения приверженности лечению.

Работа врача-психотерапевта и психолога с родителями детей с психическими и поведенческими расстройствами предполагает: (1) информирование по отдельным вопросам, связанным с заболеванием ребенка (симптоматика, этиология, прогноз и пр.) и возможностями получения специализированной помощи; (2) диагностику и коррекцию отношения к заболеванию, особенностей реагирования и копинг-стратегий в связи с наличием у ребенка психического расстройства; (3) развитие навыков эффективной опеки (навыков эффективного общения в

семье, умения четко определять границы аномального поведения пациента и т.д.).

Наряду с решением указанных задач, важно осуществлять: (4) диагностику и коррекцию текущего эмоционального состояния родителей (в т.ч. депрессии, чувства вины, стыда, самообвинений и т.д.), уровня тревожности; (5) диагностику и коррекцию когнитивных искажений, приводящих к нарушению эмоционального состояния; (6) первичную и вторичную профилактику психосоматических расстройств у родителей; (7) коррекцию внутрисемейных отношений; (8) индивидуальную психотерапию в связи с экзистенциальными переживаниями родителей; (9) коррекцию стереотипов и предубеждений, связанных с психическими расстройствами и психиатрией, дестигматизацию.

Если первые три направления работы являются достаточно очевидными для родителей и часто представляют собой четко сформулированный запрос уже при обращении за помощью, то остальные, смещая фокус внимания с ребенка на его окружение, как правило, вызывают непонимание и порой серьезное сопротивление со стороны родителей. Между тем, необходимо, чтобы работа с родителями пациентов с психическими и поведенческими расстройствами являлась неотъемлемой частью всего лечебного и реабилитационного процесса, организованного вокруг ребенка с психическим или поведенческим расстройством на всех возрастных этапах развития. Психотерапевтическое сопровождение семьи положительно влияет не только на процесс терапии/коррекции, но и на качество жизни пациента и его семьи в целом.

Приведем два примера.

Случай 1. Мальчик 5-ти лет с диагнозом атипичный аутизм с умственной отсталостью, после смерти матери воспитывается бабушкой по линии матери и отцом. Бабушка всю ответственность за воспитание, судьбу двоих детей умершей дочери берет на себя, говорит, что отец детей не сможет вынести такого бремени, сдастся. Считает, что все должна успеть сама. Испытывает чувство вины за смерть дочери. Кроме того, глубоко переживает в связи с недавней смертью своего мужа, выполнявшего роль главы большой семьи.

Случай 2. Девочки 4-х и 7-ми лет с РАС воспитываются матерью и бабушкой по линии матери, отец проживает отдельно, мало заинтересован в участии в жизни бывшей семьи. Отношения между женщинами в семье с частыми конфликтами, со стороны бабушки постоянны претензии и обвинения, отсутствует минимальная эмоциональная поддержка. Кроме того, в связи с проблемами с дочерьми мать ограничила круг своего общения вне дома, все время проводит с детьми, решая задачи терапии и реабилитации. Мать беспокоит выраженное эмоциональное истощение в связи с состоянием детей, повышенный уровень тревоги, ощущение бесперспективности своего будущего и будущего своих детей, наконец, она считает себя виновной в проблемах детей и отказывает себе в праве быть счастливой.

В обоих случаях решение индивидуальных психологических проблем ухаживающего взрослого в ходе индивидуальной или групповой психотерапии является как условием, так и ресурсом для последующего улучшения качества жизни семьи в целом, меняющим траекторию ее развития.

Однако у родителей часто отсутствует представление о возможностях психотерапии вообще, и по коррекции их эмоционального состояния в частности. Отсутствует предшествующий опыт работы с психологом/психотерапевтом над своими психологическими проблемами, имеется стереотипное представление о том, что их личные переживания и мысли являются во многом табуированной темой, а также убежденность в том, что целью обращения к специалистам является лечение ребенка, а помощь родителям представляется излишней. В связи с этим в ряде случаев необходимо дополнительное информирование родителей о роли семьи и значении семейной психотерапии и индивидуальной терапии членов семьи в процессе компенсации психического расстройства у ребенка.

Любая болезнь – событие, затрагивающее социальную группу: она влечет за собой нарушение (временное или постоянное) человеческих отношений, взаимосвязей, контактов; становится препятствием для выполнения человеком социальной функции; часто предопределяет изменение социального статуса человека. Болезнь изменяет жизненный путь и личностную перспективу, деформирует картину жизни человека и, как следствие, дезорганизует жизнь семьи в целом.

Сталкиваясь с болезнью, членам семьи предстоит изменить свои ценности, жизненные цели, пройти путь через переосмысление жизни и формирование новых смыслов существования. Психотерапия располагает знаниями и средствами, способными сделать этот путь максимально эффективным.

СПЕЦИФИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТЕЛА БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Рупчев Г.Е.¹, Алексеев А.А.²

¹МГУ им. М.В. Ломоносова, НЦПЗ РАН

²Городская психиатрическая больница №14, ПНД № 10 Москва

Введение и актуальность. До недавнего времени исследованиям телесности, как психологического феномена, при шизофрении уделялось мало внимания. В фокусе работ были, в основном, психопатологические феномены – сенестопатии, телесные фантазии, висцеральные галлюцинации, нарушения схемы тела. При этом ряд обнаруженных зарубежными исследователями фактов свидетельствует в пользу необходимости психологического исследования данной области. Так, например, к подобного рода феноменам можно отнести хорошо известную клиницистам тягу больных шизофренией к совершению радикальных перемен во внешности, могу-

щую приобретать формы от внезапных и причудливых изменений причесок (Feldmann T.B., Paynter C.N., 1988) до обращения в клиники пластической хирургии (Mowlavi L.A., 2000), дисфункциональное ношение одежды (Rosental A., Dupont H., 1993), переживания транссексуальности (Campoetal J.A., 2001). Однако, подчеркивая значимость исследования данной области, эти находки не позволяют выстроить целостной картины переживания телесности больными шизофренией.

Целью проведенного исследования стало выявление специфики переживания собственного тела больными шизофренией.

Исследование опиралось на основные принципы отечественной психологии телесности. Во-первых, телесность человека понимается, как культурно обусловленный феномен, нетождественный пониманию тела, исключительно как физического организма, и проходящий в своем развитии период социализации и освоения.

Во-вторых, телесность рассматривается в контексте взаимоотношений субъекта с миром, в контексте его психической деятельности (Арина Г.А., Николаева В.В., 2004).

Материалы и методы. Экспериментальную группу составили 23 больных шизофренией, преимущественно, параноидной формы (F 20.00), непрерывного и приступообразного типа течения с парциальным типом дефекта без гностических нарушений. Контрольную группу составили 27 здоровых субъектов. Группы были сопоставимы по основным социо-демографическим параметрам. В рамках исследования были использованы методики: «Рисунок себя», «Словесного автопортрета», Тест «Классификации ощущений», методика «Рисунок внутреннего тела».

Результаты. В результате статистической обработки данных удалось выявить статистически значимые различия ($p < 0,005$) между группами по ряду количественных шкал. Результаты статистического анализа были также дополнены качественным анализом выполнения проективных тестов.

Обобщение полученных данных позволило выявить ряд характерных черт переживания тела больными шизофренией:

1. Для больных шизофренией характерно скорее «не-переживание» собственного тела. Это выражается в исключении тела из области «Я», де-индивидуализации «образа тела», в утрате телом функции физической презентации субъекта в социальном мире, в оскудении эмоционального отношения к собственной внешности, вплоть до игнорирования, а также в отношении к телу, как к внешнему объекту.

2. Телесность больных шизофренией обладает более низким, чем в норме, уровнем социализации. Это проявляется в слабой освоенности тела, как инструмента невербальной коммуникации, а также низком овладении культурных средств регуляции телесности, таких, как одежда, уход за собой. Это как следствие приводит к снижению коммуникативной функции тела.

3. У больных шизофренией наблюдается насто-роженное отношение к проявлениям тела в форме внутренних телесных ощущений, сочетающееся с меньшей, чем в норме осведомленностью относительно внутреннего устройства своего тела. Это приводит к увеличению количества интрацептивных ощущений, категоризируемых больными шизофренией, как болезненные или несущие в себе угрозу, что делает сферу телесности для них негативной.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И РЕЛИГИОЗНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Рутковская Н.С.

*Городская психиатрическая больница № 1 им. П.П.Каценко
Санкт-Петербург*

Религиозное мировоззрение человека, по мнению многих авторов, может оказывать существенное влияние на возникновение суицидального поведения в кризисной ситуации. Религиозная вера в ряде случаев рассматривается как антисуицидальный фактор. В частности, в Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS) религия относится к числу сдерживающих факторов, помогающих пациенту удержаться от попытки самоубийства. Связано это с наличием в большинстве традиционных религий строгого запрета на совершение самоубийства, как посягательства на нарушение Божией воли о человеке. С другой стороны, ряд религий не запрещает и даже поощряет совершение суицида. В качестве примера можно привести традиционные верования японцев (синтоизм, культ бусидо). Известны также массовые случаи суицида среди русских старообрядцев. Что касается современного сектантства, то здесь также достаточно примеров как индивидуальных, так и массовых суицидов, спровоцированных извращенным религиозным мировоззрением их адептов. В то же время в современной России, наряду с высоким уровнем суицидов, мы наблюдаем формально высокий процент номинальных «православных», для которых религия (в том виде, как они ее понимают и практикуют), возможно, не является антисуицидальным фактором. Можно предположить, что виной тому низкий уровень воцерковленности современных православных, а также отсутствие у них элементарных знаний о религии, которую они считают своей. Так, согласно результатам исследования Г.А. Прокопович (2015), изучавшей лиц с суицидальными попытками отравления, среди них православных было 71,6%, католиков – 0,9%, мусульман – 4,9% и неверующих – 22,5%.

Цель исследования: изучение особенностей религиозности у пациентов с суицидальным поведением.

Материалы и методы. Обследованы 50 пациентов психиатрического стационара с различными проявлениями суицидального поведения (суицидальные попытки, мысли, высказывания). Суицидальные тенденции выявлялись с помощью изучения анамнестических сведений,

клинического осмотра, шкалы депрессии Гамильтона, Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида, шкалы суицидальных интенций Пирса. Религиозная принадлежность и воцерковленность пациентов выяснялись в процессе беседы с ними, с использованием специально разработанной анкеты.

Результаты и обсуждение. По своей религиозной принадлежности 35 пациентов назвали себя православными, 1 – баптистом, 1 – мусульманином. У 3 пациентов отмечалось увлечение так называемыми «восточными» религиозными практиками: 1 пациент увлекался «ведической религией», 1 – оккультными практиками (без какой-либо религиозной принадлежности), 1 – ранее состоял в кришнаитской организации и увлекался оккультизмом. Один пациент считал себя сатанистом. Остальные 9 пациентов (18,0%) назвали себя атеистами, при этом одна пациентка в прошлом многократно посещала сеансы экстрасенса и встречи с членами секты «Свидетели Иеговы». Среди всех пациентов 6 человек (12,0%) являлись бывшими адептами религиозных сект, 17 человек (34,0%) увлекались оккультизмом.

Таким образом, пациенты, считающие себя православными, составили 70,0% изучаемой группы. Все они были крещеными и периодически посещали православные храмы. При этом, если считать основным критерием воцерковленности пациентов частоту участия в таинствах исповеди и причащения, к воцерковленным можно было отнести только 4 пациентов (11,4% из всех православных). Одна пациентка исповедовалась и причащалась еженедельно, другая – 1 раз в месяц. Двое других исповедовались и причащались регулярно (несколько раз в год), но в течение последних 2 лет перестали посещать церковь (один пациент по болезненным мотивам, другая пациентка из-за смены места жительства).

Остальные пациенты, называющие себя православными (31 чел.), могли быть отнесены к таковым условно. Двое из них (5,7%) посещали псевдоправославные организации. Остальные 29 пациентов с различной частотой посещали православные храмы. Из них 17 чел. (48,6% всех православных) ни разу в жизни не исповедовались и не причащались, 5 чел. (14,3%) исповедовались и причащались 1-2 раза в жизни. Одна пациентка (2,9%) с детства исповедовалась и причащалась ежегодно, но в дальнейшем стала ходить в церковь редко. Остальные 6 чел. (17,1%) на вопросы о частоте исповеди и причащения ответили: «редко», «не помню, когда», «несколько раз». Обращались к экстрасенсам, гадалкам и увлекались оккультизмом 12 пациентов, считающих себя православными (34,3% всех православных). Три пациентки (8,6%), считающие себя православными, в прошлом были адептами неопятидесятнических сект.

Выводы. Таким образом, в количественном отношении результаты данного исследования близки к данным Г.А. Прокопович: православными считают себя 70% пациентов с суицидальным поведением. В то же время, количество воцерковленных православных составило 11,4%, что согласуется с данными Ю.Ю. Синелиной, ав-

тором статьи «Религиозность в современной России» (2013). Согласно данным этого автора, исповедуются и причащаются раз в месяц и чаще 2% относящихся к группе православных, несколько раз в год — 10%, раз в год обязательно — 12%. В нашем исследовании обращает внимание довольно высокий процент пациентов, имеющих оккультные увлечения (34,3% среди считающих себя православными, 34,0% среди всех пациентов), а также наличие среди данной категории пациентов бывших адептов религиозных сект (8,6% среди православных, 12,0% среди всех пациентов). Очевидно, что роль религиозного фактора в формировании суицидального поведения требует дальнейшего изучения.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, СОВЕРШИВШИХ ПОВТОРНЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

Рутковская Н.С.¹, Днов К.В.²

¹ *Городская психиатрическая больница № 1 им. П.П.Кащенко*

² *Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Санкт-Петербург*

В настоящее время установлено, что лица, совершившие суицидальную попытку, склонны повторять ее в будущем, причем особенно опасным является период ближайшего года (Старшенбаум Г.В., 2005). Нередко повторные попытки самоубийства совершаются уже не под влиянием аффекта, а обдуманно, что повышает вероятность завершеного суицида.

Цель исследования: выявление особенностей психического здоровья и суицидального поведения у пациентов, совершивших повторные суицидальные попытки.

Материал и методы исследования. Были обследованы 74 пациента психиатрического стационара, госпитализированные после повторной суицидальной попытки. Основными методами исследования были клинико-психопатологический и клинико-архивный.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 40,6±17,1 лет. Мужчин в данной группе – 38 чел. (51,4%), женщин – 36 чел. (48,6%). Средняя длительность госпитализации составила 39,3±24,2 койко-дней. У 30 пациентов (40,5%) в момент совершения данной суицидальной попытки отмечалось алкогольное опьянение. Среди пациентов, совершивших суицидальную попытку в состоянии алкогольного опьянения, преобладали мужчины (19 мужчин и 11 женщин).

По диагнозам пациенты, совершившие повторные суицидальные попытки, распределились следующим образом: больные, страдающие органическим поражением головного мозга – 20 чел. (27,0%), шизофренией – 18 чел. (24,3%), личностными расстройствами – 13 чел. (17,6%), алкоголизмом – 6 чел. (8,1%), аффективными расстройствами депрессивного спектра – 5 чел. (6,8%), расстройствами адаптации – 5 чел. (6,8%), наркоманией – 4 чел. (5,4%), эпилепсией – 2 чел. (2,7%), олигофренией – 1 чел. (1,4%).

По способу совершения суицидальной попытки преобладали отравления медикаментами (39 чел., 52,7%), на втором месте по частоте встречались самопорезы (25 чел., 33,8%). Другие способы совершения суицида (самоповешение, попытки выброситься с высоты, утопление, отравление ядами прижигающего действия, передозировка наркотика, голодание) встречались у 10 пациентов (13,5%). У 3 пациентов (4,0%) отмечалось комбинирование 2 различных способов суицида.

Выявлено, что 36 пациентов (48,6% данной группы) были госпитализированы в психиатрический стационар впервые, т.к. после первых суицидальных попыток они не госпитализировались в психиатрическую больницу и вообще не наблюдались психиатром. Пациентам оказывалась медицинская помощь на дому бригадами скорой помощи, либо они проходили лечение в стационарах соматического профиля и выписывались домой. Из этих 36 пациентов у 4 (11,1%) был установлен диагноз шизофрении, у 10 (27,8%) выявлено органическое поражение головного мозга, у 9 (25,0%) – расстройства личности, у 4 (11,1%) – аффективные нарушения на фоне алкоголизма, у 2 (5,6%) выявлены тяжелые аффективные расстройства депрессивного спектра. Только у 5 (13,9%) первично госпитализированных выявлены расстройства адаптации и у 2 (5,6%) – демонстративные парасуициды на фоне полинаркомании. Очевидно, что большинство этих пациентов уже после первых попыток суицида нуждались в обследовании в условиях психиатрического стационара.

Выводы. Несмотря на то, что 40,5% повторных попыток суицида совершались в состоянии алкогольного опьянения, в большинстве случаев у пациентов, совершающих повторные суицидальные попытки, выявлялись серьезные психические заболевания, преимущественно органическое поражение головного мозга различного генеза и шизофрения. Наиболее частым способом совершения попытки суицида являлось отравление медикаментами. Почти половина пациентов после предыдущих суицидальных попыток не госпитализировались в психиатрический стационар и не наблюдались психиатром, хотя большинство из них нуждались в таком наблюдении.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ряполова Т.Л., Бойченко А.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецк, ДНР*

Проблеме психосоциальной реабилитации посвящено огромное количество современных исследований. Изучались вопросы методологии реабилитационного процесса, его методической направленности, совершенствовались формы и методы реабилитационного вмешательства. Многочисленными исследованиями за последние десяти-

летия показана эффективность психосоциальных вмешательств при различных психических расстройствах – на снижение уровня госпитализаций, выраженность психопатологических нарушений, социальное функционирование, в том числе, и в отношении трудоспособности, возможности независимого проживания. Существует очень много подходов к определению самого понятия «результат реабилитации». Это могут быть объективные результаты, касающиеся различных сторон качества жизни (жилье, работа, учеба, социальные контакты), но могут быть и субъективные индивидуальные результаты – например, «рост уверенности в себе и чувство идентичности пациента» как оценка эффективности реабилитационных программ.

Однако до настоящего времени не сложилось общепринятого мнения об эффективности тех или иных реабилитационных подходов, что затрудняет не только отбор наиболее адекватных методов реабилитации, но и оценку их терапевтических возможностей на различных стадиях течения шизофрении.

Особого внимания заслуживают больные с первым психотическим эпизодом шизофрении в связи со значительным риском развития у них выраженных нарушений социальной адаптации.

В настоящее время существует возможность широкого выбора форм и методов реабилитации. Однако обоснованность их назначения и реальная эффективность редко принимаются во внимание. Одной из причин этого является отсутствие общепринятых критериев и объективных методов их оценки.

Весьма ограничена доказательная база эффективности большинства методов лечения шизофрении, при этом для оценки чаще всего используются клинические критерии. Однако эти критерии (например, редукция баллов по PANSS) краткосрочны и не отражают долгосрочной эффективности. К прагматичным подходам и оценке эффективности реабилитационных вмешательств, с учетом того, что их целью является не симптоматическое улучшение, а улучшение функционирования, можно отнести методы, позволяющие на основе стандартизованных показателей оценить несколько переменных, таких, как изменения реабилитационного потенциала, социальной компетентности, уровня психосоциальной адаптации, включая социальные взаимоотношения и возможность независимого проживания.

Методология и техническая процедура оценки эффективности психосоциальной реабилитации больных шизофренией с первым психотическим эпизодом разрабатывалась нами с учетом многомерного характера этого вмешательства. С одной стороны, принимались во внимание различные аспекты биопсихосоциального функционирования больного, с другой стороны – адекватность методических подходов и доказательная база, наконец, учитывался уровень достижения конечных индивидуальных целей реабилитации. Исходя из этого, стратегии психосоциальной реабилитации и подходы к оценке ее эффективности базировались не на устранении симптомов заболевания, а на необходимости улучшения функци-

онирования пациента. Соответственно формулировались и цели психосоциального лечения, учитывающие социально-психологический контекст пациента – в отличие от целей медикаментозного лечения, ориентирующихся на нормализацию его клинического состояния.

С учетом того, что общая стратегия реабилитационного подхода заключается в комплексном воздействии на все нарушенные аспекты жизнедеятельности, оценка его эффективности также опиралась на интегративные показатели, фокусируемые в таком системообразующем понятии как «результат реабилитации». При этом акценты в большей мере ставились на нормализации и развитии функционирования пациента, чем на его восстановлении. Приоритетными сферами измерения являлись особенности психологической и социальной адаптации пациента, изменяющиеся в процессе психосоциального вмешательства. Другими словами, методический инструмент для оценки результатов такого вмешательства был адекватен «мишеням» реабилитационных воздействий и техническим приемам, направленным на достижение конкретных и индивидуальных для каждого пациента целей реабилитации. В обобщенном виде таким инструментарием являлся комплекс методов, позволяющих оценить динамику уровня функциональной недостаточности, адаптивных ресурсов личности и социального функционирования пациента. Эти составляющие в совокупности с оценкой клинической динамики заболевания отражали целостное представление о достигнутом результате медицинской помощи, оказанной больному с учетом его жизненных потребностей и реальных возможностей.

Интегративный подход к оценке эффективности психосоциальной реабилитации включал следующие приоритетные направления: общая оценка клинических и социальных исходов при манифестном приступе шизофрении; стандартизованная оценка динамики тяжести клинико-психопатологических симптомов заболевания; многовекторная оценка реабилитационного потенциала и приспособительного поведения больных; оценка социального функционирования больных.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью заболевания, нами использовались три кластера показателей (критериев), охватывающих различные составляющие реабилитационного диагноза – клинические, интрапсихические и социальные.

Клинические критерии: а) уровень функционального восстановления в когнитивной, эмоционально-мотивационной и коммуникативной сферах (симптоматическое улучшение); б) продолжительность ремиссии, количество рецидивов и госпитализаций в период катamnестического наблюдения (симптоматическая стабильность).

Интрапсихические критерии: а) динамика используемого больным репертуара механизмов психологической защиты, копинг-стратегий, направленных на совладание со стрессовыми жизненными ситуациями, и приспособительного поведения; б) достижение инсайта – осознания и понимания больным взаимосвязи между особенностями его системы отношений и заболеванием

с включением побудительной мотивации к автономному продуктивному поведению; в) «смягчение» стигматизирующих переживаний, нарушающих представления о социальной идентичности пациента.

Социальные критерии: а) сохранение и развитие навыков проблемно-решающего поведения (личностной приспособляемости); б) сохранение социальных связей и способности к полноценному многоформатному социальному функционированию.

Т.о., основанная на биопсихосоциальном подходе методология оценки эффективности ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией позволяет оценить клинический и социальный прогноз пациента, успешность оказываемой помощи, уровень жизнедеятельности и социальной адаптации больного.

ОСОБЕННОСТИ БРЕДООБРАЗОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ ПСИХОЗАМИ

Саидхонова Ф.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан*

Взаимодействие психогенных факторов, конституционально-личностных особенностей и шизоаффективного расстройства, равно как и других расстройств шизофренического спектра, остаются и в настоящее время одним из сложных и дискуссионных вопросов клинической психиатрии [1]. В большинстве современных источников уделяется особое внимание фабуле бредовых расстройств, усложняющих картину психоза и требующих коррекции в рамках терапии периодов обострения [2]. Спорными вопросами до сих пор остаются различия в клинической картине и механизмах развития бреда при шизоаффективных состояниях в рамках каждой из разновидностей шизоаффективного психоза, особенности характеристик собственно бредовых расстройств, формы заболевания, а также стадии заболевания и его прогрессивности [3, 4]. В связи с этим актуальной проблемой является анализ структуры бредообразования с учётом конституционально-личностных особенностей пациентов и уровнем аффективной патологии при шизоаффективных психозах [5].

Цель исследования и задачи: изучить влияние типологических особенностей личности пациенток с шизоаффективными психозами на формирование бредовых расстройств с целью улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных и оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 50 женщин с тревожно-депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном психиатрическом лечении. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катamnестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамиль-

тона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилберге-ра-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован опросник мини-мульти (ММПИ).

Результаты и обсуждение. Среди 50 больных с шизоаффективным психозом, возникшим в сочетании с тревожными расстройствами у 40% диагностирован депрессивный тип F-25.1, у 45% обследованных – маниакальный тип F-25.0, у 15% – смешанный тип шизоаффективного расстройства F-25.2. В обследованной группе, в результате тестирования с помощью опросника Спилберге-ра-Ханина, выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности – у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследованных – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатировалась выраженная тревога. При исследовании конституционально-личностных особенностей с помощью опросника мини-мульти (ММПИ) было выявлено, что личностные особенности обследованных пациентов не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности – у 14 больных (28%), дистимический тип был выявлен в 40% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 6 больных (12%); в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто тревожно-депрессивные расстройства встречались у лиц с дистимическим и тревожно-боязливым типами личности. У них на фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени, по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25% больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с застревающим типом личности в 75% случаев была выявлена депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона; депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5% случаев. Лёгкое депрессивное расстройство по шкале Гамильтона было выявлено у 2 пациенток с демонстративным типом личности. В остальных случаях у лиц с демонстративным типом личности было выявлено депрессивное расстройство средней степени тяжести. При тревожно-боязливом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. Среди всех обследованных эмотивный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь между зависимостью типом личности больных и клинико-динамическими особенностями бредообразования. Так, у исследуемых с дис-

тимическим типом личности наблюдалось развитие на высоте аффективного состояния бреда воздействия, депрессивных идей осуждения и самообвинения, которые в большинстве случаев формировались после эмоционально значимых экзогенных вредностей. Бредовые расстройства в картине шизоаффективных состояний этого типа личностей наиболее часто (в 95% случаев) формировались на фоне депрессивного аффекта. Для пациенток с тревожно-боязливым типом личности было характерно развитие фрагментарных неаффективных бредовых расстройств. Отсутствовали какие-либо определенные и существенные признаки законченной фабулы бреда, доминировал аффект напряжения, глобальной подозрительности, недоверия, ощущения надвигающейся опасности своему существованию, что и позволило отнести это состояние к «бредовому настроению». Отличительной особенностью расстройств на этапе неаффективного бреда был преходящий, транзиторный характер их проявлений, от нескольких дней до 2 недель. Демонстративному типу личности было свойственно развитие бредовых переживаний с ощущением розыгрыша, переживанием внешней измененности обстановки и поведения окружающих с характером неестественности, ощущения сделанности, подстроенности, что и позволило рассматривать данное бредовое состояние в рамках бреда инсценировки. У пациенток с эмотивными чертами характера формировался ипохондрический бред при отсутствии отчетливой взаимосвязи с полюсом или типологической структурой предшествующих ему аффективных расстройств. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справиться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе.

Твёрдая жизненная позиция, характерная для данного типа личности, позволяла сохранять высокий уровень общего чувства благополучия. Женщины с демонстративным типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали незначительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, в то время как объективные данные соответствовали степени тяжести аффективных расстройств. При наличии депрессии легкой степени тяжести женщины с демонстративным типом личности указывали на ухудшение физического здоровья и способность функционировать в повседневной жизни. Такая картина связана с наличием у женщин с демонстративным типом личности патологического фантазирования, завышенной самооценки, замещения реальной жизни мечтой.

Выводы. Определение влияния конституционально-типологических особенностей личности пациенток на формирование бредовых расстройств шизоаффективного спектра даёт возможность определить полиморфизм клиники, прогнозировать фабулу и динамику бредообразования, является фактором предупреждения неблагоприятного исхода заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов воздействия с учётом личностных особенностей.

Литература:

1. Пантелеева, Г.П., Дикая, В.И. Шизоаффективный психоз // *Руководство по психиатрии: в 2-х т., Т.1 / Под ред. А.С.Тиганова.* – М.: Медицина, 1999. – С. 636-667.
2. Бологов П.В. К вопросу о нозологической дифференциации шизоаффективного психоза и периодической шизофрении / П.В. Бологов, Г.П. Пантелеева // *Современные аспекты клиники и терапии эндогенных психических расстройств.* – СПб., 2003.- С. 37-40.
3. Ротштейн В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / Ротштейн В.Г., М.Н. Богдан, М.Е. Суетин // *Психиатрия и психофармакология.* – 2005. – Т.7, №2.
4. Baethge C. Long-term treatment of schizoaffective disorder: review and recommendations / C. Baethge // *Pharmacopsychiatry.* – 2003. – Mar-Apr V. 36, № 2 – P. 45-56.
5. Danileviciute V. Schizoaffective disorder: clinical symptoms and present-day approach to treatment / V. Danileviciute // *Medicine (Kaunas).* – 2002 – V. 38, № 11 – P. 1057-1065.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б.

*Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского
Саратов*

Шизофрения является заболеванием, для которого характерно разнообразие клинических проявлений, кото-

рые, в свою очередь, могут явиться причиной трудностей, возникающих в выборе определенного антипсихотика, наиболее подходящего для терапии каждого конкретного случая.

В настоящее время не существует препарата, который мог бы соответствовать потребностям всех пациентов. Каждый новый антипсихотик может предоставлять дополнительные возможности терапии, в условиях, когда врачи ставят целью терапии пациентов с шизофренией не только купирование симптоматики, но и восстановление должного уровня социального функционирования.

Основным классом психотропных средств, используемых для лечения шизофрении, по-прежнему остаются нейролептики. По накопленным к настоящему времени данным, новый атипичный антипсихотик сертиндол может рассматриваться в качестве значимой альтернативы в терапии пациентов, страдающих шизофренией.

Цель исследования: проведение сравнительного анализа показателей психореабилитации пациентов с шизофренией в зависимости от получаемой терапии.

Материалы и методы. Исследование проводилось с 2015 г. на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России и на базе Областной клинической психиатрической больницы им. Св. Софии Саратовской области. В исследование было включено 105 пациентов, страдающих параноидной шизофренией от 18 до 55 лет (средний возраст $35,8 \pm 1,4$ года), 62 женщины и 43 мужчины. Пациенты методом рандомизации случайных чисел разделялись на три группы: 1-ю группу составили 35 пациентов, которым был назначен сертиндол, во 2-ю группу вошли 35 пациентов, получавших зуклопентиксол и в 3-ю – 35 пациентов, получавших клозапин. Видом реабилитационных мероприятий являлась индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия. Все больные дали информированное согласие на участие в исследовании. Полностью завершили лечение 95% пациентов (1 пациент не завершил исследование в связи с переездом в другой город).

Исследование включало изучение амбулаторных и стационарных карт пациентов, применение таких психодиагностических шкал, как клиническая шкала PANSS для оценки продуктивной и негативной симптоматики; психодиагностические шкалы для оценки когнитивных функций (модифицированная методика Hinting Task, тест на распознавание эмоций «Лица Экмана»; компьютеризированный тест Векслера); опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных; шкала приверженности лечению Мориски-Григна. Обследование пациентов проводилось в пять этапов: при поступлении, перед выпиской из стационара (через 2 месяца после начала лечения), и амбулаторно – через 3 и 6 месяцев после выписки и через год.

Вариационно-статистическую обработку результатов исследования проводили с применением пакета прикладных программ «Statistica» с применением описательной статистики, корреляционного и дисперсионного

анализов. Применяли параметрический при нормальном распределении признаков и непараметрический независимо от типа распределения методы. Различия считали статистически значимыми при 95, 99 и 99,9%-м порогах вероятности.

Результаты. Так, по шкале для оценки динамики психопатологической симптоматики PANSS статистически значимые изменения ($p < 0,05$) отмечались в субшкалах Р (тяжести продуктивной симптоматики) и G (общепсихопатологической симптоматики). Субшкала G представляет собой общую психопатологическую шкалу для оценки выраженности других психических нарушений по следующим 16 признакам: соматизация, тревожность, чувство вины, внутреннее напряжение манерность движений и поз, депрессия, двигательная заторможенность, негативизм, необычное содержание мышления, дезориентировка, снижение внимания, нарушение суждений и критики, волевые нарушения, снижение контроля побуждений, аутизация, активная социальная изоляция. Таким образом, по результатам проведенного исследования отмечалось практически равное снижение психопродуктивной симптоматики по обоим субшкалам во всех 3 исследуемых группах.

В процессе терапии сертиндолом к визиту 5 отмечалось улучшение когнитивного функционирования, по сравнению с другими группами. Данное улучшение касалось, прежде всего, повышения показателей по шкале социального интеллекта Hinting Task. Так, показатель «Понимание намека» к концу проводимой терапии сертиндолом улучшился с $5,75 \pm 1,18$ до $7,1 \pm 0,17$. Помимо улучшения «Понимание намека» по шкале Hinting Task, также произошел рост показателя «Социальные знания» в группе пациентов, получающих терапию сертиндолом, с $3,81 \pm 0,52$ до $4,00 \pm 0$ на 1 и 5 визитах соответственно. По сравнению с другими группами, повышение данного показателя в группе пациентов, получающих сертиндол, оказалось максимальным. В ходе исследования к концу проводимого лечения также отмечалось повышение показателя эмоционального интеллекта. В группе пациентов, получающих терапию сертиндолом, данный показатель улучшился максимально. Его значение составило $4,94 \pm 1,62$ на визите 1 и $5,21 \pm 1,40$ в конце лечения. К визиту 5 в группе пациентов, получающих сертиндол, также было отмечено повышение всех показателей по шкале Векслера. Так, средний балл невербального интеллекта возрос до среднего значения $20,81 \pm 15,7$, за счет улучшения показателей задания «шифровка» и «недостающие детали». Средний балл вербального интеллекта к концу лечения улучшился до $39,36 \pm 10,85$, а общего – до $60,22 \pm 23,0$ при проведении компьютеризированного варианта теста Векслера. В результате исследования было отмечено, что пациенты в группе сертиндола лучше соблюдали режим приема терапии ($3,83 \pm 0,42$) по сравнению с группами зуклопентиксола ($3,17 \pm 1,16$) и клозапина ($2,05 \pm 0,38$). Повышение показателя общего благополучия максимально было отмечено в группе сертиндола к концу проводимой терапии (средний балл $2,78 \pm 1,02$ на этапе 1 и $3,16 \pm 0,74$ на этапе 5 соответственно). При этом в группе зуклопентиксола также отмечалась положитель-

ная динамика данного показателя ($2,25 \pm 0,55$ и $2,75 \pm 0,44$ соответственно), однако в меньшей степени, чем в группе сертиндола. В то время как в группе клозапина показатель общего благополучия к концу лечения остался без динамики ($2,67 \pm 0,76$). Помимо общего благополучия, при проводимой терапии сертиндолом отмечалось статистически значимое, по сравнению с другими группами, улучшение показателя трудоспособность ($2,39 \pm 1,29$ и $3,39 \pm 0,73$ соответственно на 1 и 5 визитах).

Выводы. На основании полученных данных можно сделать выводы о том, что при практически равном улучшении показателей по шкале PANSS во всех трех группах изучаемых препаратов, имеет место максимальная эффективность показателей когнитивных шкал, комплаенса, а также качества жизни и социального функционирования в группе сертиндола. Таким образом, можно говорить о том, что сертиндол является препаратом выбора при длительном амбулаторном лечении пациентов с шизофренией.

МУЛЬТИСЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ

Севиригин Д.В.

Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1 Ставрополь

Целью настоящего сообщения является обобщение опыта применения мультисемейной психотерапии, основанной на использовании психообразовательного подхода в сочетании с методом решения проблем.

В психотерапевтической группе предполагается участие пациента и его родственника. Длительность работы группы – 2 года, встречи проводятся 1 раз в две недели, целью работы является предотвращение рецидива и возвращение пациента в социум. За 4 года (2003–2007 гг.) использования программы ее закончили 25 семей.

Описываются некоторые проблемные аспекты, относящиеся к технике ведения групп: (1) участие в группе пациентов, находящихся в индивидуальной психотерапии у ведущих; (2) рамки и границы внутри группы. Определены проблемы, характерные для использования программы в российских условиях: (1) препятствия в наборе; (2) паттерналистический подход к пациентам; (3) инфраструктура поддержки вне мультисемейных групп.

Отмечается следующая проблематика: (1) Использование мультисемейной психотерапии только локальным образом, без развития инфраструктуры поддержки пациента, приводит к снижению ее эффективности, особенно в части обеспечения перехода в социум (2). Отсутствие результатов в работе оказывает негативное влияние на профессиональную активность специалистов в отношении поддержки и внедрения новых методов и подходов в практику. Способом, позволяющим предотвратить эти процессы, является включение специалиста в процесс систематического профессионального взаимодействия и обучения (3). Неотъемлемой частью является работа в отношении преодоления эффекта стигматизации, действие

которого распространяется как на пациентов и психиатрическую службу, так на общество в целом.

В разделе обсуждения результатов представлены данные о длительности сроков госпитализации пациентов в период участия в программе (2003-2007 гг.) и после ее завершения (2008-2015 гг.).

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНЫХ ЯВЛЕНИЙ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ЭМОЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Селиверстова Н.А., Резникова Т.Н.

*Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН
Санкт-Петербург*

Изучение агрессии в разных группах населения и, особенно, при различных заболеваниях является актуальной проблемой, поскольку повышение внутренней напряженности агрессивного характера может быть связано с запуском различных психосоматических заболеваний. Многие отечественные и зарубежные авторы уделяют большое внимание депрессивным расстройствам, пессимистическим явлениям, потере перспективы, высокой тревожности у больных с длительно-текущими заболеваниями нервной системы. Однако роль агрессии в структуре эмоциональных нарушений изучена недостаточно. Вместе с тем, известно, что агрессивные явления негативно влияют на развитие заболеваний, усиливая клинические проявления болезни, что снижает качество жизни больных.

Одним из таких заболеваний является рассеянный склероз (РС) – тяжелое неврологическое заболевание, затрагивающее лиц трудоспособного возраста. При оценке особенностей личности больных РС, в основном, речь идет о депрессивной направленности и тревожности. Агрессивный компонент эмоционального состояния больных практически не изучен. Необходимость данного исследования в изучении разносторонней оценки агрессивности больных рассеянным склерозом определяет актуальность данной темы. В связи с этим, целью работы было исследование агрессии у больных РС для разработки более эффективных программ психокоррекционной работы.

Методы. Обследовано 226 больных РС (126 женщин и 64 мужчин) в возрасте от 18 до 57 лет с легкой и средней степенью тяжести, по расширенной шкале инвалидизации EDSS от 1,5 до 4,5 баллов, с длительностью заболевания от 1 до 30 лет. Все больные находились в стадии ремиссии и не имели отчетливой очаговой неврологической симптоматики. Для исследования агрессии использовался опросник Басса-Дарки, адаптированный С.Н. Ениколоповым в 1989 году. Склонность к агрессии или скрытая агрессия изучалась с помощью Hand test. Эмоционально-личностные особенности оценивались по данным опросника MMPI, теста Тейлор (тревога) и теста Зунга (депрессия).

Результаты исследования показали, что у больных РС, по тесту Басса-Дарки, в большинстве случаев (90%) наблюдается повышение каких-либо показателей

агрессивных явлений. Вместе тем, жалоб на агрессивное поведение больные РС не отмечали. Это может свидетельствовать о внутренней напряженности, которая является результатом переживания больными своего болезненного состояния и попыток адаптации к измененным психофизиологическим функциям.

В структуре агрессивных явлений более половины больных имели повышенные показатели чувства вины (56%). Установлено большое количество положительных корреляционных связей показателя чувства вины (по тесту Басса-Дарки) с показателем шкалы EDSS и эмоционально-личностными данными (по MMPI и тесту Тейлор) у больных РС, что свидетельствует о взаимосвязи повышенного чувства вины с ухудшением состояния здоровья и эмоционально-личностной дезадаптацией.

Выявлено большое количество положительных корреляционных связей между показателями шкалы враждебности (по тесту Басса-Дарки) и личностными показателями теста MMPI (депрессией, импульсивностью, ригидностью, психастенией, аутичностью, гипоманией) у больных РС, что говорит о выраженных нарушениях в структуре личности больных при агрессивных реакциях на наличие стрессовых и внутриличностных психологических проблем.

Скрытая агрессия, по Hand test, наблюдалась в 53% случаев, где показатель склонности к открытому агрессивному поведению был выше нормы и находился в пределах от 1 до 10 баллов. Корреляционный анализ между суммарной агрессией, по Hand test, и показателями личностного теста MMPI достоверных взаимосвязей не выявил. Вместе с тем, дополнительная категория «калечность», которая, по Hand test, не входит в общий показатель агрессии, но отражает склонность к социальной дезадаптации, положительно коррелирует с 6 и 7 шкалами (MMPI), социальной тревогой по тесту Тейлор, депрессией по тесту Зунга и враждебностью по Басса-Дарки.

Таким образом, результаты исследования указывают на разные эмоционально-личностные механизмы в обеспечении осознанной и неосознанной агрессии у больных РС, что имеет значение для рационального построения комплекса реабилитационных мероприятий с включением психотерапевтических программ для адаптации пациентов к жизни в социуме. В докладе будут обсуждаться вопросы немедикаментозной коррекции агрессивных явлений при РС.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Синёва А.И.

*Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург*

По данным разных авторов, среди больных туберкулезом выявляется от 42,7 до 72,7% лиц с психическими расстройствами и наркологической патологией. (Рудой

Н.М., Чубаков Т.Ч., 1996; Шереметьева И.И., Плотников А.В., 2012; Шилов А.В., 2015). Психически больные, особенно страдающие шизофренией, отличаются повышенной склонностью к заболеванию туберкулезом. Многие исследователи указывают на значение сниженной иммунологической реактивности организма в результате нарушений высшей нервной деятельности, обусловленных психозом, неполноценного питания или отказа от пищи, измененных в связи с болезнью гигиенических навыков и требований, отстранения или неучастия в социальной и трудовой деятельности.

Психические расстройства и алкоголизм являются одними из факторов, которые способствуют формированию хронических деструктивных форм туберкулеза, способствуют его позднему выявлению, удлиняют период лечения. Известно, что лица с психическими расстройствами уклоняются от профилактических флюорографических осмотров, такие пациенты в половине случаев не обращаются к врачу даже при наличии клинических признаков туберкулеза легких (Рудой Н.М., Чубаков Т.Ч., 1996). У психически больных не всегда можно собрать анамнез заболевания, провести им рентгенологическое и другое дополнительное обследование, собрать мокроту. Недооценка тяжести своего заболевания является предпосылкой несоблюдения ими рекомендаций врача.

Антипсихотические и противотуберкулезные препараты часто обладают гепатотоксическим действием, которое усиливается при совместном их применении, что зачастую требует применения меньших дозировок. При этом сама по себе противотуберкулезная химиотерапия может стать причиной развития нежелательных побочных действий, проявляющихся, наряду с другими признаками, поражением центральной нервной системы (психоэмоциональными нарушениями, головной болью, нарушениями сна, судорогами). Среди противотуберкулезных препаратов есть такие, которые противопоказаны при некоторых заболеваниях ЦНС (эпилепсия, склонность к судорожным припадкам) (Иванова Д.А., 2015; Перельман Л.И. и др., 2003).

Современный взгляд на патогенез заболевания во фтизиатрии и психиатрии основывается на биопсихосоциальной концепции, которая рассматривает коморбидную патологию (туберкулез и психическое расстройство) как совокупность взаимообуславливающих и взаимовлияющих друг на друга факторов биологической (в т. ч. наследственность), клинической, социальной и психологической направленности, совместное действие которых определяет возможность возникновения, характер течения и исход туберкулеза легких (Зубова Е.Ю., 2010).

В 1990-е годы после распада СССР в России произошло ухудшение эпидемиологических показателей, отражающих распространение туберкулеза. Пик заболеваемости туберкулезом пришелся на 2000-й год, в последующие годы отмечается постепенное снижение этого показателя (Шереметьева И.И., Плотников А.В., 2012; Галкин В.Б. и др., 2015).

Целью исследования явилось выявление особенностей коморбидности туберкулеза и психической патологии и характеристик контингента пациентов психотуберкулезных отделений городской психиатрической больницы имени П.П. Кащенко в динамике за 70-ти летний период.

Материал исследования. Был проведен анализ 109 историй болезни пациентов психотуберкулезных отделений СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», проходивших лечение в разные периоды с 1946 по 2015 гг., из них 54 истории болезни за период лечения до 1990 г. (первая исследуемая группа) и 55 историй болезни – после 1990 г. (вторая группа).

Результаты исследования. В первой группе больные распределились по нозологической принадлежности следующим образом: чаще всего встречались диагнозы алкоголизма и алкогольных психозов – в 38,9% случаев (21), шизофрения – в 29,6% случаев (16), в 6 случаях был установлен диагноз органического заболевания головного мозга (11,1%), еще реже встречались деменция, умственная отсталость и наркомания (по 2). Лишь в одном случае был установлен диагноз соматогенного психоза, обусловленного туберкулезом. У одного больного был диагностирован маниакально-депрессивный психоз, у троих пациентов – расстройства невротического круга. Во второй группе нозологическая принадлежность была представлена следующим образом: чаще всего встречались шизофрения – в 38,2% случаев (21), 15 больным был установлен диагноз органического заболевания головного мозга (27,3%), алкоголизм и алкогольные психозы отмечались в 11 случаях (20%), деменция встречалась в трех; умственная отсталость, наркомания и соматогенные психозы – по 2 случая.

Средний возраст больных составил в первой группе 45,2 года, а во второй – 53,8. Средний срок лечения в стационаре – 379,9 и 325,6 дней соответственно. Психическое расстройство развилось первым у 27 больных в первой группе и у 44 – во второй, у остальных сначала был диагностирован туберкулез, а психическое расстройство присоединилось позднее. У 18 пациентов из первой группы психическое расстройство наблюдалось более 10 лет, во второй группе этот показатель отмечался у 34 больных. Более, чем у половины больных из обеих групп в анамнезе отмечалось три и более госпитализации в психиатрические стационары. При первичном выявлении примерно у половины больных были диагностированы деструктивные формы туберкулеза (29 пациентов в первой группе и 24 – во второй).

Около 80% больных с ранее выявленным туберкулезом избегали посещения фтизиатра или посещали его нерегулярно. 23 пациента второй группы были ранее судимы (в первой группе всего 5 ранее судимых), 17 не имели собственного жилья (в отличие от двух пациентов из первой группы), у 22 больных родственные связи были утрачены (по сравнению с 4 – в первой группе). Всего в обеих группах у 60 (55%) больных в анамнезе отмечалось злоупотребление алкоголем (показатели в обеих группах

распределились примерно поровну), употребление иных психоактивных веществ отмечалось в 4 случаях в первой и в 6 случаях во второй группах: эти пациенты составляют особую группу, т.к. подавляющее большинство из них неоднократно покидали тубстационары, выписывались за нарушения режима, в связи с чем прекращали противотуберкулезное лечение.

Как показал анализ медицинской документации, в постсоветский период чаще стали диагностироваться различные сопутствующие заболевания внутренних органов: в 17 случаях имелась сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы (по сравнению с 12 пациентами, лечившимися до 1990 г.), с такой же частотой (17 во второй группе и 12 в первой) встречались сопутствующие неврологические расстройства; у 9 пациентов второй группы были выявлены вирусные гепатиты В, С или их сочетание (в первой группе – лишь у двух больных). Нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта и сопутствующими заболеваниями органов дыхания страдали по 3 пациента в первой группе (7 и 5 больных второй группы соответственно).

Выводы: Выявленная динамика клинических показателей пациентов психотуберкулезных отделений отражает, скорее всего, не только клинический патоморфоз (преобладание среди психических расстройств более тяжелых форм, их «первичность» в коморбидности, нарастание дополнительной коморбидности с гепатитами), но и значительные изменения в социальном статусе больных (утрата жилья, социальных связей). Эти особенности приводят к сокращению терапевтического и реабилитационного ресурсов пациентов, что, в свою очередь, делает необходимым разработку специфических программ психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации, адресованных этой целевой группе пациентов.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КАК ФОРМА ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Слесарева Г.М.

*Городская психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца
Санкт-Петербург*

В психиатрии под дезадаптацией понимается утрата приспособляемости к условиям социальной среды по причине психического заболевания. Психическое заболевание приводит к нарушению социальной адаптации больного, снижая психофизиологическое самочувствие, искажая и нарушая взаимодействие с социумом, затрудняя выполнение социальных обязанностей. На первом этапе лечения основополагающую роль играет лекарственная терапия. По мере улучшения психофизиологического состояния пациента возрастает роль психотерапевтических и социальных факторов; важную роль начинает играть психосоциальная работа, направленная на преодоление патологических форм поведения, а в бо-

лее широком смысле – на восстановление социальной адаптации больного.

В обычном, «остром» отделении стационара главным является лекарственная терапия, целью – достижение хорошего психофизиологического самочувствия пациента. К сожалению, пребывание в таком отделении зачастую не приводит больного к пониманию причин и симптомов заболевания, что в дальнейшем может стать одним из факторов рецидива. Зачастую у больного не сформированы навыки по сохранению психического здоровья. В рамках острого отделения затруднительно создать среду, полностью отвечающую задачам социальной реадaptации пациента. Это обусловлено тем, что в отделении находятся больные с совершенно разным уровнем дефекта, разными диагнозами, в разном психическом и физическом состоянии. Эти различия между больными требуют и разного психотерапевтического и психосоциального подхода. Только организация реабилитационного отделения способна обеспечить реадaptацию и первоначальный этап социальной адаптации пациентов, вышедших из острого состояния. В конкретной среде, приближенной в разных аспектах к обычным жизненным условиям и отличающейся постоянством требований (что не достигается в условиях дневного стационара – из-за ограниченности сроков лечения) есть возможность сформировать адаптивное поведение, соответствующее требованиям окружающей среды – т.е. соблюдение правил социума, решение текущих задач и проблем и позитивное общение, все то, что обеспечивает комфортное состояние пациенту и его ближайшему окружению. С другой стороны, адаптивное поведение в социуме имеет два уровня согласия: на первом уровне пациент соглашается с правилами социума с целью избежать наказания, или получить одобрение (внешняя мотивация), на втором – принимает и сознательно выполняет эти правила, самостоятельно строит свою жизнь с учетом опыта перенесенного заболевания (внутренняя мотивация). Очень важно, чтобы наши пациенты достигали второго уровня социальной адаптации.

Задачами реабилитационного отделения являются следующие:

1. Профилактика повторных поступлений. Для достижения данной цели необходимо, чтобы пациент понимал симптомы заболевания и роль провоцирующих факторов, а также осознавал необходимость приема лекарств. Методы – индивидуальная работа врача и психолога, психотерапевтические группы или психообразовательные сообщения по темам, заявленным самими больными.

2. Формирование адаптивного поведения:

а) соблюдение правил социума (методы – при поступлении пациента знакомят с правилами реабилитационного отделения, выполнение которых стимулируется системой жетонов);

б) решение текущих задач и проблем; на начальном этапе наиболее важно умение осознать и сформулировать проблему, а затем – спланировать ее выполнение,

в том числе при необходимости обратиться за помощью (методы – в первую очередь, индивидуальная работа с пациентом);

в) формирование позитивного общения (методы – индивидуальная работа с пациентами и его родственниками, проведение психотерапевтических групп; психо-социальная работа психолога – собрание больных, актив больных, работа с персоналом, работа с малой группой, т.е. в пределах одной палаты).

Следует подчеркнуть, что при формировании адаптивного поведения пациентов, необходимо, чтобы и поведение медперсонала соответствовало вышеизложенным критериям.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Слесарева Г.М.

*Городская психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца
Санкт-Петербург*

Если основной задачей т.н. «острых» отделений психиатрического стационара является восстановление психофизиологического баланса пациента (для чего используются и элементы психосоциальной работы, психотерапевтического воздействия), то задачей реабилитационного отделения является реадaptация больного с последующей его социальной адаптацией.

При этом мы выделяем две проблемных позиции: частые повторные госпитализации, обусловленные прекращением поддерживающего лечения в амбулаторных условиях (причины – недостаточная комплаентность, побочные действия лекарств) и психологические проблемы и конфликты в семье пациента, связанные с его болезнью.

Основные задачи медицинского психолога в реабилитационном отделении включают:

1. Ведение психотерапевтической группы (3 раза в неделю по 1,5 часа).

2. Проведение общих собраний больных (2 раза в неделю), на которых пациенты обсуждают свои проблемы, планируют досуг, знакомятся с вновь поступившими больными, а также проведение собраний «актива» отделения (1 раз в неделю), включающего пациентов, выполняющих определенные общественные нагрузки (председатель, его заместитель, директор «кинозала», инструктор по работе с новыми пациентами, дежурные от каждой палаты).

3. Проведение встреч с бывшими пациентами (1 раз в месяц) – на которые приходит от 8 до 16 человек – включая встречу в кабинете психологов (2 часа) и чаепитием с пациентами отделения. Бывшие пациенты могут поделиться опытом в решении проблем, которые могут встать перед больными после выписки из больницы.

4. Проведение семейной и индивидуальной психокоррекционной работы – по инициативе самих больных либо по просьбе лечащего врача.

Эти формы работы направлены на формирование адаптивного поведения пациента, что включает четкое понимание своего заболевания и необходимости лекарственной терапии; умение согласовывать свое поведение с правилами и нормами, принятыми в данном социуме; установку на решение задач и проблем, которые возникают в процессе жизнедеятельности, а в дальнейшем – на формулирование цели и ее достижение; навыки позитивного общения, позволяющих создавать положительное эмоциональное состояние у самого пациента и у его окружения.

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ТЮРКСКИХ И СЛАВЯНСКИХ ЭТНОСОВ

Смагулов Б.С.

*Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Ясави
Шымкент, Республика Казахстан*

Этнокультуральные различия в мотивации суицидального поведения нами были выявлены при углубленном изучении отдельных групп механизмов суицидального поведения.

Среди *продуктивно-психопатологических механизмов* суицидального поведения у психически больных тюркских национальностей преобладали галлюцинаторные императивы (45,7%); несколько реже (40,0%) мотивация суицидального поведения в этой группе больных определялась содержанием бредовых переживаний и частично (14,3%) – глубиной депрессивного аффекта.

Иной представляется структура продуктивно-психопатологических механизмов больных славянских национальностей; у подавляющего большинства из них обнаруживались бредовые механизмы (85,6%); существенно реже наблюдались галлюцинаторные императивы (12,0%) и суицидальное поведение, обусловленное аффективным компонентом психотических расстройств (2,4%). Полученные данные о различиях в психопатологической мотивации суицидального поведения среди тюрков и славян, соответствуют результатам сравнительного анализа клинической структуры пресуицидальных состояний в сравнимых этнических группах.

Негативно-психопатологические механизмы суицидальной мотивации были выявлены у психически больных, в клинической картине заболевания которых присутствовала негативная симптоматика, преимущественно в форме психопатоподобных расстройств. При этом патологически измененные структуры личности делали этих больных уязвимыми в отношении определенных ситуаций, в которых их суицидальное поведение носило демонстративно-шантажный характер в форме реакций «протеста», «призыва» к вниманию и сочувствию или «избегания» наказания и позора. По частоте встречаемости отдельных видов мотивации демонстративно-шантажного суицидального поведения, обусловленного патологической психопатоподобной деформацией лич-

ности, в сравниваемых этнических группах (тюрки/славяне) реакции «протеста» относительно чаще наблюдались в группе славян, а в группе тюркских национальностей относительно чаще наблюдались реакции «призыва» (тюрки – 33,3%, славяне – 16,7%) и реакции «избегания» (тюрки – 25,0%, славяне – 16,7%).

Ещё более значимые этнокультуральные различия в формировании мотивации суицидального поведения выявляются при сравнении *личностно-психологических механизмов*, обусловленных реакцией сохранных структур личности больных на психотравмирующие ситуации. У больных славянских национальностей в тех случаях, когда мотивация суицидального поведения была обусловлена реакцией сохранных структур личности на ситуацию, преобладали реакции «протеста» (57,1% от общего количества личностно-психологических механизмов славян), которые оказались нехарактерными для лиц тюркских национальностей и, по материалам настоящего исследования, встречались только в 4,5% случаев, в то время как реакции «призыва» чаще наблюдались у тюрков (тюрки – 52,3%, славяне – 26,1%). Особо обращает на себя внимание, в плане формирования суицидального поведения, психологическая значимость для лиц тюркских национальностей такого психотравмирующего фактора, как «потеря значимого» (25,0%), чаще всего обусловленного распадом семьи или смертью близких.

Для казахов и других представителей тюркского этноса диагностическими критериями, обосновывающими показания для госпитализации в психиатрический стационар суицидально опасного больного, следует считать меланхолические, тревожные и сенестопатические депрессии, вербальный галлюциноз и галлюцинаторный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо, а у лиц славянских национальностей – декомпенсации эмоционально неустойчивого расстройства личности, бредовый вариант синдрома Кандинского-Клерамбо и негативные психопатоподобные расстройства.

Выявленные в процессе исследования социально-демографические факторы суицидального риска можно отнести к дополнительным аргументам обоснования необходимости госпитализации в психиатрический стационар больных с суицидальным поведением. Для суицидентов обеих этнических групп к факторам, повышающим степень риска суицидального поведения, относятся мужской пол и молодой возраст (21-30 лет). Из социально дезадаптирующих факторов для лиц тюркского этноса приоритетное значение имеет отсутствие своей семьи и социальной поддержки со стороны родственников, а для больных русской и других славянских национальностей – конфликтные внутрисемейные отношения, распад семьи, отсутствие постоянной работы и материальное неблагополучие.

В своей работе мы опирались на основные принципы и приемы этнотерапии, согласно которым, ресурсы гармонизации личности, повышения её стрессоустойчивости, следует искать в культурных традициях и приоритетных жизненных ценностях, сложившихся в вековом

опыте данного народа. С учетом этого, психотерапевтическое воздействие на суицидентов реализовывалось нами через ряд последовательно разрешаемых задач: поощрение связи пациента с собственной культурой, развитие гордости за свою этническую и культурную принадлежность, помощь больному в утверждении его взгляда на мир и включенность в семейную и культурную историю.

Принимая во внимание большое значение, которое имеют для казахов и других представителей тюркского этноса их взаимоотношения с родителями и старшими членами семьи, а также полученное ими в семье авторитарное воспитание, в этой этнической группе суицидентов весьма эффективной оказалась семейная психотерапия, проводимая на родном языке, с использованием элементов национального фольклора и мифологии. В процессе психотерапевтической работы было установлено, что для тюрков особенно психотравмирующими являлись события (поступки), которые имели отрицательный, негативный резонанс семьи, группы, сообщества, поэтому их суицидальное поведение всегда было адресовано к какому-либо конкретному лицу или группе лиц из близкого окружения. Оно формировалось на фоне убеждения больного в «бессилии» и «беспомощности» в решении возникшей проблемы, ощущения раскаяния, стыда и страха перед осуждением его поступков окружающими, поэтому выражало собой превентивную меру нежелательных последствий возникшей ситуации в форме суицидального поведения, формировавшегося по типу демонстративно-шантажного «призыва к вниманию и сочувствию». По клиническим признакам пресуицидальные состояния таких больных характеризовались *тревожными депрессиями*. В подобных случаях стремление больного привлечь внимание окружающих, изменить их мнение в отношении его личности, добиться взаимопонимания в семье, сообществе, свидетельствовало о «диалогическом» характере суицидального поведения, т.е. его направленности на окружающих, при этом больные использовали понимание окружающими их положения, как способ выхода из кризисной ситуации. Вышеописанные этнокультуральные особенности формирования мотивации суицидального поведения у представителей тюркского этноса, обосновывали приоритетность проведения семейной психотерапии. Индивидуальная психотерапевтическая работа с пациентом в подобных случаях должна быть ориентирована на осознание его сильных черт характера, выработку нового конструктивного мировоззрения, проработку позитивных моделей будущего, а также способов и путей их достижения через интеграцию в семью.

Для славян суицидальное поведение в форме демонстративно-шантажного «протеста» являлось выражением их собственного отрицательного отношения к какому-либо событию или конфликтной ситуации, которую они, как правило, сами же и провоцировали своим неправильным поведением. Психологически значимыми для славян являлись ситуации, в которых, по мнению пациента, ущемлялись его права и свобода действий.

Суицидальное поведение этих больных, как правило, возникало внезапно, на высоте аффективного разряда, который являлся способом совладания со стрессом. По клиническим проявлениям это преимущественно были **дисфорические депрессивные реакции**. Среди пациентов русской национальности суицидальное поведение, чаще встречалось у лиц с безразличными, пренебрежительными, конфликтными отношениями с родителями и другими родственниками. Поэтому по отношению к ним использование семейной психотерапии было нецелесообразным, так как пациенты часто сами категорически отказывались от проведения сеансов совместно с родственниками, с которыми у них сложились неприязненные отношения. Учитывая этнокультуральные психологические особенности, для лиц славянских национальностей рекомендуется психотерапевтическое воздействие преимущественно ориентировать на коррекцию личности пациента, проработку причин межличностных конфликтов, выработку конструктивных подходов к решению конфликтных ситуаций и навыков совладания со стрессом, активацию потенциальных возможностей и способностей личности, расширяющих резервы ее адаптации.

В целях профилактики рецидивов суицидального поведения, психотерапевтическая работа должна быть длительной и проводиться сочетанием методик, направленных на активизацию резервных возможностей личности и саногенное влияние микросоциума. В плане долгосрочной профилактики рецидивов суицидального поведения следует руководствоваться такими реабилитационными принципами, как партнерство, индивидуальный подход, мобилизация ресурсов личности и её микросоциального окружения, которые должны использоваться в превенции суицидов дифференцированно с учетом этнической принадлежности пациентов.

НАРУШЕНИЯ ЯЗЫКА И МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОТ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ К МИШЕНЯМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ

Смирнова Д.А.

*Самарский государственный медицинский университет
Самара*

Нарушения системы языка и мышления при шизофрении: значение для диагностики

Диагностические критерии шизофрении до сих пор базируются на симптомах (на вербальных самоотчетах пациентов о субъективных переживаниях) и редких объективных признаках (в частности, расстройствах процессов мышления и речи) (Jablensky A., 2013). Продуктивное расстройство мышления с дезорганизованной речью, когда больные испытывают трудности в общении, считается абсолютным предиктором нарушенной адаптации в социальном и профессиональном функционировании (Kuperberg G., 2010).

Первые описания нарушений речи при шизофрении появились в работах Е. Bleuler (1911), который рассматривал «нарушения мышления, отражающиеся в речи, как отсутствие или ослабление связей между отдельными мыслями и их разнонаправленность», и Е. Kjaerelin (1919), который указал на то, что «неправильная речь пациентов с шизофренией выражается в соскальзываниях и бессвязности в потоке мыслей». К. Kleist (1914) характеризовал нарушения мышления и речи при шизофрении как дисфазию, при которой понимание речи не нарушено и речевая экспрессия похожа на лобную моторную афазию (афазию Брока), а парафазии напоминают височную афазию (амнезию слов Вернике). Е. Chaika (1974) описала характерный для шизофрении феномен «перемежающейся афазии». Многие отечественные психиатры обращали внимание на искажения письменной речи больных: вычурный стиль письма, своеобразие орфографии со злоупотреблением прописных букв, прикладывание к фразам цифр и рисунков, обращение к «печатному шрифту или чуждому алфавиту», «писание в вертикальном и горизонтальном направлениях» (Образцов В.Н., 1904; Гиляровский В.А., 1954; Микиртумов Б.Е., 2004; Леонтьев А.А., 2005). J. Stein (1993) выделял фонологические нарушения в формеапросодии, сглаженных интонаций, монотонности речи и зажатого тембра.

Концепции расстройств языка и расстройств мышления при шизофрении традиционно смешивались и объединялись (Taylor M.A. et al., 2009). Наиболее корректным для описания обсуждаемой совокупности феноменов при шизофрении, на наш взгляд, является определение «Расстройство мышления, языка и коммуникаций» (Andreasen N.C. et al., 1986). «Шкала оценки мышления, языка и коммуникаций» N. Andreasen включает наиболее полный список нарушений речи при психозах: 1) обеднение речи (лаконичная речь, обеднение мышления), 2) обеднение содержания речи (обеднение мышления, алогия, вербигерации, негативные формальные нарушения мышления), 3) речевой напор, 4) отвлекаемость в речи, 5) отклонения от темы на ассоциации, 6) соскальзывания (потеря ассоциаций, скачка идей), 7) бессвязность/инкогеренция (словесная окрошка, шизофазия, параграмматизм), 8) непоследовательность, 9) блокировка/шперрунг, 10) неологизмы, 11) ассоциации слов по созвучию/рифмование, 12) изменение значения слов/парафазии, 13) обстоятельность, 14) нецеленаправленность, 15) персеверация, 16) эхололия, 17) высокопарная речь, 18) перевод темы разговора на себя.

Е. Tulving (1983) впервые описал свойственные шизофрении нарушения семантики в рамках феномена семантического гиперзаполнения (повышение воспроизводимости взаимопроникновения ассоциаций). Р. McKeena и Т. Oh (2005) сделали вывод о том, что формальное расстройство мышления, включающее серьезные нарушения речи, сводится к первичному расстройству прагматики – неспособности использовать значение контекста и принимать во внимание потребности слушателя. Нарушения речепроизводства при шизофре-

нии выражаются в субъективных затруднениях пациентов корректно формулировать свои мысли, в частности, цели, и высвободить информацию из декларативной памяти (Kuperberg G. et al., 2006). На объективном уровне языковые нарушения выражаются в сниженной беглости (Badcock J.C. et al., 2011), уменьшении информативности речи, отклонении ассоциаций, бессвязности высказываний (Linscott R.J., 2005) и «неспособности усвоить» правила прагматики (Marini A. et al., 2008).

Языковая компетентность как когнитивный резерв и ресурс социального функционирования: значение для психотерапии

Результаты нашего исследования билингов с шизофренией продемонстрировали, что у свободно владеющих ивритом русскоязычных мигрантов в Израиле отмечается компенсация речевой беглости в родном языке за счет ресурса знания второго языка (Smirnova D. et al., 2015). С клинической точки зрения, симптоматика шизофрении одинаково проявлялась у наших пациентов в родном и втором языках. Более высокие показатели лингвистических маркеров во втором языке указывали на более выраженные нарушения синтактико-семантического компонента речи, как доказательство большей уязвимости второго языка, позволяя рассуждать о разнице в нейробиологическом представительстве языков. Более высокие показатели маркеров беглости в родном языке свидетельствовали о способности пациентов-билингвов поддерживать беглость речи и достраивать коммуникативный дискурс, в частности, за счет речевых элементов из второго языка, т.е. сохранять и использовать социо-прагматические элементы речи. По нашему мнению, выявленные лингвистические изменения могут выступать мишенями терапии, а языковые упражнения по использованию маркеров беглостив общей системе когнитивных интервенций, в свою очередь, могут способствовать коррекции социально-коммуникативных нарушений. В той же мере и обучение второму языку, способности к которому сохранены у больных шизофренией (Bersudsky Y. et al., 2005), может способствовать редукции симптоматики болезни и улучшению социального и профессионального функционирования (Matulis A., 1977; Seeman M., 2016).

Наше исследование глагольной беглостина выборке из австралийских больных шизофренией показало, что пациенты достоверно чаще, по сравнению со здоровыми контрольными лицами, используют глаголы психического состояния, описывающие формы внутренней ментальной активности, и достоверно реже называют глаголы действий, сопряженные с деятельностью, ориентированной вовне (Smirnova D., Jablensky A., Clark M., Badcock J., 2016). Учитывая, что употребление более абстрактных глаголов психического состояния коррелирует с выраженностью социальной дистанции, можно предположить, что нарушения использования глагольных форм могут выступать мишенями для психотерапевтического воздействия. Например, введение в активный лексикон глаголов действий в структуре соответствующих языковых техник, может способствовать повышению показателей

социального функционирования и редукции негативной симптоматики.

Примеры наших работ, наряду с другими психолингвистическими исследованиями шизофрении, демонстрируют наличие языковых ресурсов, потенциально и актуально чувствительных к психосоциальным интервенциям. S.M. Eacketal (2013) показал, что добавленная в схему стандартного лечения терапия расширения и наработки когнитивных и социальных навыков способствует редукции негативных симптомов шизофрении и улучшает нейропластичность в языковых зонах мозга. В цели и задачи программы комплексного лечения шизофрении, на наш взгляд, следует включать выявление лингвистических мишеней терапии, разработку и совершенствование техник и приемов для коррекции искаженных языковых паттернов, т.е. своего рода обучение или условное возвращение пациента к здоровому языку.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Сосин Д.Н.¹, Тепляшина В.В.¹, Иващенко Д.В.¹, Сосина К.А.¹, Ахметова Л.Ш.², Бейбалаева Т.З.², Воликова О.В.³, Ершов Е.Е.⁴, Насырова Р.Ф.¹

¹ Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург

² Казанский государственный медицинский университет
Казань

³ Алтайский государственный медицинский университет
Барнаул

⁴ Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность. Шизофрения – психическое расстройство, характеризующееся высоким уровнем потери трудоспособности и инвалидизации, лечение которого связано со значительными финансовыми затратами. Основными препаратами для терапии психических расстройств шизофренического спектра являются антипсихотики, требующие длительного применения. Данные препараты эффективны в отношении позитивных и негативных симптомов шизофрении, но вместе с тем имеют широкий спектр побочных эффектов. Вместе с тем только небольшая часть пациентов достигает полной ремиссии (Лиманкин О.В., 2012).

Антипсихотик-индуцированные метаболические нарушения существенно снижают качество жизни пациентов и их приверженность к терапии (Иващенко Д.В., Сосин Д.Н., Кирничная К.А. и др., 2015). В настоящее время фармакогенетические исследования используются для оптимизации подбора психофармакотерапии. К сожалению, в нашей стране имеется существенный недостаток проспективных многоцентровых исследований, которые, несомненно, являются методологически более сложными, но вместе с тем дают возможность получить валидные фармакогенетические маркеры с возможностью их внедрения в клиническую практику.

Материалы и методы. В исследование включаются пациенты с верифицированным психическим расстройством из рубрики F2 по МКБ-10, которые получают антипсихотики (I и II генераций) в режиме монотерапии. Пациенты находились на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко» (главный врач – О.В. Лиманкин). Перед включением в исследование все пациенты подписывают информированное согласие. Длительность наблюдения составляет 2-3 мес. и включает 2 визита: Визит 1 – на момент включения пациента в исследование и Визит 2 – через 8-12 недель приема антипсихотика в режиме монотерапии. В исследовании 31,2% пациентов получали антипсихотики первой генерации, 68,8% – антипсихотики второй генерации. На каждом Визите оцениваются метаболические изменения (индекс массы тела, вес, объем талии и бедра), а также проводится психометрическая оценка с помощью шкал: PANSS, CGI-S, CGI-I. Средняя продолжительность наблюдения у обследованных составила $9,3 \pm 3,24$ нед. Генотипирование проводилось у 32 пациентов с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени (Real-TimePCR). Все пациенты были генотипированы по ряду полиморфизмов: *DRD2* (rs1800497), *DRD4* (rs1800955), *HTR2A* (rs6313), *ADRA2A* (rs1800544), *ADRB1* (rs1801253), *ADRB2* (rs1042713), *ADRB3* (rs4994), *MDR1* (rs1045642), *MDR1* (rs2032582), *MDR1* (rs1128503), *CYP2D6* (rs1065852), *CYP3A4* (rs4987161). Выделение ДНК осуществлялось реагентами «АмплиПрайм РИБО-преп» фирмы ИнтерЛабСервис (Россия). ПЦР-исследование проводилось с использованием наборов реагентов для определения полиморфизмов фирмы «Синтол» (Россия) с детекцией продуктов амплификации в режиме реального времени на приборе RotorGene 6000/Q (QIAGEN, Германия). Статистическая обработка проводилась с помощью статистического пакета программы SPSS 22.0.

Результаты. При анализе предварительных результатов не было найдено значимых различий между изменением индекса массы тела, веса, объема талии и бедра между Визитами 1 и 2 ($p > 0,05$). Распределение аллелей для полиморфных вариантов генов было следующим: rs1045642 гена *MDR1*: ТТ – 28,3% ТС – 49,8% СС – 21,9%; rs 2032582 гена *MDR1*: GG – 25% GT – 50% ТТ – 25%; rs4987161 гена *CYP3A4*: ТТ – 90,84% ТС – 8,94% СС – 0,22%; rs 1042713 гена *ADRB1*: СС – 84% CG – 15,3 GG – 0,7%; rs1042713 гена *ADRB2*: AA – 15,3% AG – 47,6% GG – 37,1%; rs4994 гена *ADRB3*: ТТ – 90,84% ТС – 8,94% СС – 0,22%; rs1800544 гена *ADRA2A*: СС – 50,4% CG – 41,2% GG – 8,4%; rs1800497 гена *DRD2*: СС – 65,9%, СТ – 29,5%, ТТ – 4,5%; rs1800955 гена *DRD4*: ТТ – 43% ТС – 45% СС – 12%; rs6313 гена *HTR2A*: СС – 33,3%, СТ – 51,1%, ТТ – 15,6%; rs 1065852 гена *CYP2D6*: СС – 90,84% СТ – 8,94% ТТ – 0,22% и для rs1128503 гена *MDR1*: СС – 20,5% СТ – 49,5% ТТ – 30%. Распределение соответствовало закону Харди-Вайнберга. Не выявлено влияния изучаемых полиморфных вариантов генов на возникновение метаболических нарушений у пациентов, принимающих антипсихотики в режиме монотерапии ($p > 0,05$).

Выводы. В последние десятилетие все больше внимание уделяется персонализации терапии, как понимание необходимости индивидуального подхода к каждому пациенту. Предварительные результаты проспективного исследования не выявили ассоциации изучаемых полиморфизмов с риском возникновения метаболических нарушений у пациентов, получающих антипсихотическую терапию. Полученные данные нельзя считать репрезентативными, т.к. размер выборки недостаточен. Исходя из этого, продолжается набор пациентов из различных регионов России (Северо-Западный, Поволжский, Западно-Сибирский). Строгий дизайн исследования дает возможность получить важные и применимые к клинической практики результаты в дальнейшем.

Исследование выполнено за счет гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – докторов наук (МД-7471.2016.7).

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА РАННИХ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ: АНАЛИЗ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ ДОФАМИНА

Сосина К.А.¹, Ивашенко Д.В.¹, Ершов Е.Е.², Сосин Д.Н.¹, Иванов М.В.¹, Тараскина А.Е.¹, Насырова Р.Ф.¹, Крупицкий Е.М.¹

¹ Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева

² Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко Санкт-Петербург

Актуальность. Проблема экстрапирамидных расстройств (ЭПР), осложняющих терапию антипсихотиками (АП), привлекает внимание исследователей и практических психиатров с момента внедрения этих лекарственных средств [1]. В большинстве случаев побочные эффекты экстрапирамидного спектра наблюдаются при терапии антипсихотиками I генерации, что обусловлено высокой аффинностью к рецепторам дофамина, особенно к рецепторам D2-типа в центральной нервной системе. Что касается антипсихотиков II генерации, первоначальный оптимизм в отношении их безопасности со стороны развития ЭПР перестал носить абсолютный характер [2, 3].

Дофаминергические нейроны – главный источник дофамина в ЦНС млекопитающих. Рядом исследований продемонстрировано, что дофамин синтезируется в иммунных клетках, в том числе в лимфоидных. Установлено, что лимфоциты содержат на своей поверхности основные классы дофаминовых рецепторов – D1, D2, D3, D4, D5; изменение их экспрессии лимфоцитами аналогичны таким же процессам в нейронах головного мозга [4]. Исследование *in vitro* модели функционирования дофаминергической системы на лимфоцитах при воздействии антипсихотиков позволит определить индивидуальные параметры рецепторной нейротрансмиссии с выявлени-

ем как предикторов эффективности, так и безопасности проводимой антипсихотической терапии.

Цель исследования. Оценить связь между уровнем экспрессии рецепторов дофамина (D1R, D5R) на лимфоцитах периферической крови и развитием ранних ЭПР при приеме антипсихотиков I генерации (галоперидола) и II генерации (оланзапина).

Материалы и методы. В исследовании включались лица европеоидной расы, мужского пола, в возрасте от 18 до 45 лет, с установленным диагнозом шизофрении – соответствующие рубрики F2по МКБ-10. Все пациенты до включения в исследование ранее либо вовсе не получали антипсихотическую терапию или были нон-комплаентны не менее 3 месяцев. После получения информированного согласия пациенты были рандомизированы по таблице случайных чисел в две группы: в первой группе терапия проводилась галоперидолом, во второй – оланзапином (в режиме монотерапии). Пациенты находились на стационарном лечении в отделении первого психотического эпизода СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко», а также в отделении биологической терапии психически больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

В данном исследовании запрещалось применение сопутствующих психотропных препаратов, за исключением бензодиазепинов. Принимая во внимание значительное снижение качества жизни при развитии ЭПР, в исследовании допускалось применение корректоров из группы антихолинергических препаратов (тригексифенидила). Корректоры назначались только при наличии показаний, устанавливаемых при опросе и неврологическом осмотре, а дозировки менялись только при наличии клинически установленной неэффективности ранее назначенной.

Проспективная оценка состояния проводилась на трёх визитах: исходно при включении в исследование (до начала терапии) (Визит 1), на 2-ую (Визит 2) и на 4-ую (Визит 3) недели после начала антипсихотической терапии. Неврологическое обследование проводилось по стандартной методике. Для объективизации клинической картины побочных эффектов экстрапирамидного спектра использовались стандартизированные шкалы: шкала оценки лекарственно-вызванной акатизии – BARS (Barnes Akathisia Rating Scale), шкала Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов – SAS (Simpson-Angus Scale for Extrapyramidal Symptoms); шкала экстрапирамидных симптомов ESRS (Extrapyramidal Rating Scale), шкала оценки аномальных непроизвольных движений – AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale).

Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь. Выделение лимфоцитов периферической крови проводилось путем центрифугирования с использованием градиента плотности Фиколл-верографин, дважды отмывали раствором фосфатно-солевого буфера PBS и доводили до конечной концентрации 2×10^6

клеток/мл. Выделение лимфоцитарной мРНК проводилось также в трех точках с использованием наборов Qiagen (Германия). Уровень экспрессии генов оценивался методом количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени (Bio-Rad) с использованием флуорогенного зонда TaqMan с использованием реактивов фирмы Синтол (Россия).

Для статистической обработки данных использовался программный пакет IBMSPSS Statistics 20.0.

Результаты и обсуждение. Общее число больных, включенных в исследование, составило 45 человек, из которых 20 человек получали галоперидол и 25 человек – оланзапин. Исходные значения шкал BARS, SAS, AIMS и ESRS между группами значимо не различались ($p > 0,05$).

Установлено, что в 90% случаев ($n=18$) в группе галоперидола отмечалось развитие ранних ЭПР, в группе оланзапина – в 60% случаев ($n=12$). Спектр клинических проявлений ранних ЭПР и их частота также отличался при терапии AP I и II генерации. При приеме галоперидола основной формой нарушений был лекарственный паркинсонизм ($n=16$; 88,9%), в меньшей степени – смешанный экстрапирамидный синдром ($n=2$; 11,1%). У пациентов, принимавших галоперидол, средний балл по шкале SAS увеличился до $4,63 \pm 4,07$ ($p=0,001$) на Визите 2 и до $6,41 \pm 4,91$ балла ($p=0,001$) на Визите 3, по сравнению с исходным состоянием. Регистрируемый балл шкалы ESRS у обследуемых составил $17,42 \pm 15,42$ балла ($p=0,001$) на Визите 2 и $20,88 \pm 17,21$ балла ($p=0,001$) на Визите 3, тем самым отражая максимальную тяжесть экстрапирамидных расстройств на Визите 3. Изменения среднего балла по шкале BARS были не значимы. В группе пациентов, получающих оланзапин, диагностировались нейролептических тремор ($n=4$; 16%), паркинсонизм ($n=3$; 12%) и акатизия ($n=5$; 20%). На Визите 2 у обследуемых средний балл, регистрируемый по шкале SAS, составлял $1,65 \pm 3,35$ балла ($p=0,003$), по шкале ESRS – $5,30 \pm 9,94$ балла ($p=0,003$), демонстрируя увеличение по сравнению с 1 визитом. На Визите 3 отмечалось снижение суммарного балла: до $1,14 \pm 1,70$ балла ($p=0,316$) по шкале SAS и до $4,55 \pm 5,94$ балла ($p=0,753$) по шкале ESRS лишь на уровне тенденций. Усиление выраженности акатизии и увеличение баллов по шкале BARS до $0,22 \pm 0,52$ балла ($p=0,059$) на 2 визите и до $0,36 \pm 0,90$ балла ($p=0,655$) не носило уровня статистической значимости. Различий по выраженности экстрапирамидных нарушений, регистрируемых по шкале AIMS, между обследуемыми группами пациентов не выявлено, так как случаев дискинетических реакций не зафиксировано.

В результате анализа уровня экспрессии рецепторов дофамина D1R и D5R на лимфоцитах периферической крови пациентов *in vitro* и *in vivo*, получены следующие корреляции. Уровень экспрессии D1R на культуре лимфоцитов в присутствии AP *in vitro* положительно коррелировал с выраженностью ЭПР, регистрируемых по общему баллу по шкале SAS на визите 2 ($r=0,898$; $p=0,015$). Тенденция к значимости была получена при корреляции уровня экспрессии D1R на визите 1 с выраженностью ЭПР, уста-

новленной по общему баллу по шкале ESRS, на Визитах 2 и 3 ($r=0,821$; $p=0,08$ и $r=0,821$; $p=0,08$, соответственно), а также общему баллу по шкале SAS на Визите 3 ($r=0,821$; $p=0,08$). На лимфоцитах, культивируемых без АП, уровень экспрессии D5R положительно коррелировал с выраженностью ЭПР, регистрируемому по общему баллу по шкале BARS на Визите 3 ($r=0,878$, $p=0,021$). На лимфоцитах, культивируемых в присутствии АП, уровень экспрессии D5R значимо коррелировал с выраженностью ЭПР, установленному по шкале SAS, на Визите 2 ($r=0,899$; $p=0,015$). Уровень экспрессии D5R на Визите 1 положительно коррелировал с выраженностью ЭПР по шкале SAS на Визите 2 ($r=0,975$; $p=0,005$). Таким образом, более высокий уровень экспрессии изучаемых рецепторов соответствовал более выраженным антипсихотик-индуцированным ЭПР, регистрируемым по шкалам SAS, BARS и ESRS. Полученные данные свидетельствуют о предиктивной роли *in vitro* модели дофаминергической нейротрансмиссии лимфоцитов периферической крови для оценки риска развития экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотиков.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что спектр и частота ранних ЭПР значительно различается при терапии галоперидолом и оланзапином. Была выявлена высокая частота антипсихотик-индуцированных ЭПР у пациентов с первым психотическим эпизодом и пациентов с шизофренией, имевших длительный перерыв антипсихотической терапии. Исходный уровень экспрессии рецепторов D1R и D5R на лимфоцитах периферической крови пациентов значимо коррелировал с выраженностью экстрапирамидной симптоматики при терапии антипсихотиками. Культивирование лимфоцитов с антипсихотиком *in vitro* показало, что реактивность дофаминергической нейротрансмиссии является биомаркером для прогнозирования ранних антипсихотик-индуцированных экстрапирамидных нарушений.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №14-15-00904 «Антипсихотические средства: разработка персонализированных подходов к терапии на основе индивидуальных особенностей рецепторной нейротрансмиссии лимфоцитов»).

Литература:

1. Steck H. *Extrapyramidal and diencephalic syndrome in the course of largactil and serpasil treatments* // *Ann. Med. Psychol.* – 2006; 112: 737–744.
2. Leucht S., Corves C., Arbter D., Engel R.R., Li C., Davis J.M. *Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis* // *Lancet.* – 2009; 373(9657): 31–41.
3. Casey D.E. *Implications of the CATIE trial on treatment: extrapyramidal symptoms* // *CNS Spectrums.* – 2006; 11(7): 25–31.
4. Buttarelli F.R., Fanciulli A., Pellicano C., Pontieri F.E. *The dopaminergic system in peripheral blood lymphocytes: from physiology to pharmacology and potential applications to neuropsychiatric disorders* // *Curr. Neuropharmacol.* – 2011 Jun; 9(2): 278–88.

ЭТАПНОСТЬ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПОЗИЦИИ ЭКОЛОГО-ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА Стрельник С.Н.

*Самарский государственный медицинский университет
Самара*

Среди активно обсуждаемых актуальных проблем психиатрии последних лет существуют, на наш взгляд, две, взаимосвязь и дополняющее значение которых недооцениваются. Первая из них – проблема биоритмов при психических заболеваниях, в более широком понимании – временная организация заболевания и любые другие хронобиологические аспекты психических расстройств. Среди наиболее изучаемых тем данной проблемы – циркадианная ритмика при аффективных нарушениях, в основном, депрессивных (Сонник Г.Т., 1988; Хананашвили М.М., 2000, 2002; Мосолов С.Н. с соавт., 2002, 2014; Wirz-Justice A., 2005; Купфер Д., 2007 и др.).

Вторая из названных проблем – планомерность и этапность терапии хронических рецидивирующих психических расстройств. В частности, обсуждаются варианты и возможности профилактической терапии хронических фазно протекающих психических заболеваний с аффективными рецидивами (Масловский С.Ю., 2006; Вовин Р.Я. с соавт., 1979; Авруцкий Г.Я. и соавт., 1986; Соколов Ю.Е., 1980; Leucht S. et al., 2003 и др.).

Объединяющим и перспективным для решения данных вопросов стало бы изучение закономерностей рецидивирования хронических психических заболеваний – с позиций многоуровневой иерархической временной организацией процесса рецидивирования (Стрельник С.Н., 2006; Мосолов С.Н., Стрельник С.Н., 2014). Одной из предпосылок к такому системному подходу, объединяющему обозначенные вопросы, является то, что хронобиологический подход к психической патологии уже перешагнул узкие рамки рассмотрения только цирка- и ультрадианной ритмики и непосредственно обращен к ритмам большей длительности, включая сезонность и иные экологические ритмы в их взаимосвязи между собой, а также во взаимосвязи эндогенной и экзогенной ритмики. Именно хронобиологические механизмы (восстановление циркадианных и ультрадиантных ритмов) эффектов нормотимиков, нейролептиков и иных препаратов, применяемых для профилактической терапии, отличают эту сборную группу лекарственных средств и лежат в основе их противорецидивного действия (Мосолов С.Н., 2002 и др.; Стрельник С.Н., 2007).

Нами предпринято исследование течения эндогенных психических заболеваний с позиций клинко-хронобиологического подхода.

Цель: на основе анализа ритмических феноменов в рецидивировании эндогенных психических заболеваний выявить их клинко-дифференциальное, прогностическое, хронотерапевтическое и хронопрофилактическое значение. Одной из задач являлось описание возможности использования хронобиологического подхода для оптимизации этапов терапии (длительность,

мероприятия, схемы терапии) и «прицельности» профилактической терапии.

В системе лечебных мероприятий при терапии рецидивирующих хронических заболеваний традиционно выделяют 4 относительно самостоятельных этапа: ориентировочно-диагностический, купирующая терапия, долечивающая или стабилизирующая терапия (терапия, формирующая ремиссию), профилактическая (поддерживающая, противорецидивная) терапия. Каждый из этих этапов может быть дополнен содержанием с позиций проведенного эколого-хронобиологического исследования. Так, купирующая и стабилизирующая терапия в хронобиологическом смысле имеют задачу нормализации циркадианной системы, включая согласованность ультрадианных ритмов и цикла «сон-бодрствование» как основного клинического показателя. Сопутствующая задача: профилактика нарушений в циркадианной системе, провоцирующих быстрые циклы (БЦ). Длительность купирующей терапии – 1-3 месяца, стабилизирующей – 6-12 месяцев; ориентиром могут являться хронобиологические критерии окончания фазы. К ним можно отнести: нормализацию ночного сна и цикла «сон-бодрствование», достижение длительности и качества сна, соответствующей индивидуальной норме. Данный критерий иногда сложен в оценке при массивном применении седатирующих лекарств. В период начала стабилизации состояния обычно наблюдаются самопроизвольные колебания степени глубины симптоматики. Данные колебания протекают на фоне стабильных доз и сами по себе, как правило, не требуют смены схемы лечения, так как имеют общую тенденцию к редукции симптоматики. Это колебания с периодом, например, около 2 недель, 10 дней, 1 месяца. По мере купирования психоза эти колебания исчезают у большинства больных.

Основная проблема (вопрос) поддерживающей терапии (Вовин Р.Я., Соколов Ю.Е., 1979): во-первых – когда, во-вторых – какое и, в третьих – сколько лекарства нужно давать в каждый конкретный период болезни? Несомненна ценность знания хронобиологических аспектов болезни для решения первых двух вопросов. Прогностическая модель рецидивирования, построенная на основе хронотипов течения заболевания и с учетом индивидуальных особенностей макроритмов, позволяет определять вероятные периоды наибольшего риска рецидива и оптимизировать сроки и методики профилактического воздействия. При выборе длительности противорецидивной терапии необходимо учитывать прогноз частоты рецидивов (в частности, многолетние «циклы заболевания»), сезонность, риск образования серии рецидивов) на основе выявленной нозологической предпочтительности макроритмов и индивидуальных макроритмических факторов («индивидуальный год», возраст больного). Прогнозирование «зон риска» очередного рецидива является дополнительным основанием для назначения купирующей терапии, а также возможной нефармакогенной хронотерапии (фототерапия, депривация ночного сна) при минимальных признаках пререцидива. Прогнозирование длительности обострения помогает оптимизиро-

вать длительность и схему купирующей и формирующей ремиссии терапии

Таким образом, полученные результаты позволяют оптимизировать такие составляющие клинической практики, как длительность и содержание этапов терапии у конкретного пациента с конкретной формой и типом течения рецидивирующего психического заболевания.

ОПЫТ МОДЕРНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М.

*Республиканский клинический психотерапевтический центр
Уфа*

Современный этап реформы системы здравоохранения вызвал фундаментальные изменения в системе охраны психического здоровья нации и со всей очевидностью выдвинул проблему двух ключевых вопросов: качества и доступности психотерапевтической помощи для населения.

Эффективность работы службы охраны психического здоровья связана со многими факторами, такими, как организационная структура, уровень профессиональной подготовки кадров, техническая оснащенность и т.д. Однако, в конечном счете, все зависит от того, обратится ли человек за помощью и примет ли он эту помощь в предлагаемой форме.

Существующая в российской психиатрии система оказания психотерапевтической помощи лицам с пограничной психопатологией, а также находящимся в кризисной ситуации и с суицидальным поведением до последнего времени осуществлялась лишь в условиях психиатрических больниц и диспансеров. Противоречия между ростом показателей распространенности депрессий, неврозов, тревожных и соматоформных расстройств, необходимости и возможности оказания медицинской помощи таким больным усугубляются наличием проблемы, так называемого, «социального диагноза». Боязнь психиатрической стигматизации приводит к очевидному избеганию участия психотерапевта в системе оказания медицинской помощи, вопреки общепринятому признанию значимости проблем психического здоровья при любых формах патологии.

Складывалась ситуация, когда психически здоровые люди, попавшие в кризисную ситуацию, были вынуждены находиться на одной территории с душевнобольными. В ряде субъектов РФ подразделения для лечения таких пациентов территориально обособлялись, но сам факт необходимости лечения в психиатрической лечебнице и страх возможных социальных последствий и профессиональных ограничений, отталкивал большую часть этих пациентов от обращения к психотерапевтам, работающим в рамках психиатрической службы. В результате, подавляющее большинство нуждающихся вообще оказывалась без специализированной и квалифицированной помощи.

Вместе с тем, деятельность по укреплению психического здоровья имеет государственное стратегическое значение. Не дойдя до психотерапевта, пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами часто становятся жертвами разного рода прорицателей, «бабок» и разного рода мошенников, лишаясь и денег и здоровья. Нередки случаи, когда наши пациенты, не находя квалифицированной помощи, в конечном счете, становились адептами различных религиозных сект. Часто их «ловят в свои сети» представители деструктивных психологических течений, прикрывающиеся т.н. тренингами «личностного роста» и др., которые используют те же приемы психологического воздействия на людей с лабильной психикой, что и псевдорелигиозные секты. Итогом их деятельности являются разрушенные семьи, суициды и т.н. расширенные суициды адептов. Учитывая значимость психического здоровья и воздействия психических заболеваний на социальный, человеческий и экономический капитал, в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития в Республике Башкортостан, одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление психического здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской и социальной помощи.

Возрастающая потребность в медицинской помощи пациентам с пограничными нервно-психическими расстройствами, а также необходимость изменения негативного стереотипного отношения к психиатрической помощи лицами, имеющими непсихотический уровень психических расстройств, поставили перед системой здравоохранения республики амбициозную, но крайне важную и своевременную задачу запуска «пилотного» для России проекта – создания самостоятельной государственной медицинской организации психотерапевтического профиля вне психиатрической службы. Таким образом, во исполнение распоряжения Правительства РБ № 1435р от 14.11.2011 г., было создано Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства здравоохранения Республики Башкортостан.

Результатом проделанной за эти годы работы стали открытые консультативно-диагностические отделения для амбулаторного приема детей и взрослых, четыре дневных стационара по 30 коек каждый, в том числе для лечения детей, два медико-реабилитационных отделения, круглосуточный стационар на 120 коек в загородной зоне для взрослых и 30 детских круглосуточных коек.

Структура заболеваний пролеченных больных составляет, фактически, весь спектр пограничной психопатологии: аффективные расстройства – около 40%, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 30%, органические, включая симптоматические психические расстройства – 20%, расстройства личности и поведения – 7%, нарушения психологического развития – 3%.

Статистическая информация, формируемая в рамках квартальной и годовой отчетности, может выступать основой для анализа востребованности психотерапевтической помощи вне стен психиатрических учреждений. В среднем, ежегодно амбулаторно получают помощь более 35 тысяч пациентов, из них более 6 тысяч детей. В круглосуточном стационаре ежегодно лечатся более тысячи больных, из них около четырехсот детей. В дневном стационаре, только за 2015 года пролечено более шестисот пациентов.

С 1 апреля 2013 г. в ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ открыто отделение «Телефон Доверия», которое помогает людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию и пациентам в кризисном состоянии.

Несмотря на то, что «телефоны доверия» как в России, так и в Республике Башкортостан имеют многолетний опыт, введение в октябре 2013 года единого, республиканского номера телефона в рамках Общефедерального партийного проекта «Крепкая семья» открывает новую страницу в истории оказания экстренной психологической помощи. Создание единого республиканского номера «Телефона доверия» подчеркивает стратегические приоритеты государственной социальной политики в области создания безопасной среды для жизни и развития членов общества.

Для увеличения охвата населения мероприятиями по профилактике суицидоопасного поведения Министерством здравоохранения Республики Башкортостан в 2015 г. организованы амбулаторные и стационарные психотерапевтические подразделения в Архангельском районе, городах Стерлитамак и Белорецк. С 1 января 2016 года открыты стационарные отделения в Учалинском, Кигинском, Илишевском, Мелеузовском, Краснокамском районах и в городе Сибай.

С 1 апреля 2016 г. расширилась сеть круглосуточных психотерапевтических коек в Мелеузовском районе и г.Сибай, открыты дневные стационары в Бирском, Бакалинском, Белокатайском, Илишевском, Краснокамском, Кугарчинском, Кигинском, Мелеузовском, Учалинском, Чекмагушевском районах, городах Кумертау и Белорецк.

Амбулаторные психотерапевтические кабинеты начали работу с 1 апреля 2016 г. в Бакалинском, Белокатайском, Бирском, Илишевском, Кигинском, Краснокамском, Кугарчинском, Мелеузовском, Учалинском, Чекмагушевском районах, городах Сибай, Кумертау.

В настоящее время специализированная психотерапевтическая помощь в Республике Башкортостан представлена 391 койкой круглосуточного содержания, 282 койко-местами дневного стационара и 9 амбулаторными психотерапевтическими кабинетами.

Проводимые мероприятия системы органов здравоохранения, а также работа специалистов ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ позволили за последние 3 года снизить уровень смертности от суицидов на 18%, а в этом году удалось стабилизировать этот показатель, сохранив его на докризисном уровне. По данным МИАЦ за 2015 год, частота суицидов в республике снизилась до 30,9 на 100 тыс. населения (в 2014 г. она составляла 33,3 соответственно).

Положительный опыт работы головного учреждения и отделений в районах и городах республики открыл новые возможности для развития психотерапевтической службы Республики Башкортостан. В настоящее время ведется работа по открытию кризисного стационара ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ на 90 коек и психотерапевтических подразделений (амбулаторных и стационарных) в каждом территориальном межмуниципальном округе республики. В результате будет завершено формирование трехуровневой системы профилактики кризисных состояний и психотерапевтической помощи лицам с суицидальным поведением, включающей:

- кабинеты (отделения) «Телефон Доверия» с круглосуточным режимом работы;
- психотерапевтические кабинеты в городах и районах Республики Башкортостан;
- кризисный стационар.

Реализация перечисленных мероприятий позволит обеспечить доступность населению республики информации о возможностях и условиях предоставления экстренной и плановой психотерапевтической и психологической помощи, оказывать психотерапевтическую помощь лицам с различными психическими расстройствами, обусловленными воздействием разнообразных стрессогенных факторов, создать условия для повышения уровня психологической культуры и психологической компетентности населения.

Таким образом, конечной целью изменений, направленных на повышение эффективности специализированной психотерапевтической помощи в Республике Башкортостан, является повышение качества медицинской помощи на основе совершенствования трехуровневой системы ее оказания, этапности с маршрутизацией пациентов, обеспечения преемственности в ведении больных, организации повышения эффективности деятельности государственных медицинских организаций и их работников.

РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Тулупова О.В., Ерошина О.С.

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница
Тамбов*

Анализируя судьбы пациентов, выписанных из стационара, мы приходим к выводу, что важнейшую роль в психосоциальной реабилитации больных с психическими заболеваниями вне стен лечебного учреждения играет семья. Это предполагает выполнение ею разных функций. Прежде всего, следует сказать, что родственники пациентов необходимо рассматривать как союзников в лечении. Они должны не только многому научить пациента, но и сами зачастую овладеть большим объемом знаний и опыта, что будет являться залогом успешного процесса реабилитации.

Для врача родственники являются ценным источником информации о состоянии больного. Семья выполняет роль связующего звена между больным и системой оказания психиатрической помощи.

Важнейшей функцией близких является уход за больным человеком. Родственники должны знать и строго придерживаться в доме определенного порядка, правил и постоянных обязанностей для каждого члена семьи. Нужно постараться установить режим, соответствующий сохранению и развитию того потенциала возможностей больного, который был приобретен им за время пребывания в стационаре. Родственники должны помогать больным в привитии навыков личной гигиены, аккуратного одевания, регулярного и аккуратного приема пищи, а также в правильном приеме лекарственных препаратов, контроле побочных эффектов медикаментов. Со временем сам пациент сможет выполнять несложные работы по дому (мытьё посуды, уборка квартиры, уход за цветами, за домашними животными и др.) и вне дома (покупки в магазине, посещение прачечной, химчистки и др.), что позволит укрепить его положение в семье и в обществе.

Участие семьи в программах психиатрического просвещения – еще один ее важный вклад в психосоциальную реабилитацию пациента. Знание основ психологии, определение внутреннего микроклимата, который включает личное пространство самого пациента, и внешнего – общение с ближайшим окружением, дают родственникам возможность научить пациента жить в равновесии с самим собой и с окружающими.

Родственники должны действовать совместно, организовано – создавать группы поддержки и организации потребителей психиатрической помощи. Они помогают другим семьям, в жизнь которых вторглось психическое заболевание, советом, делятся собственным опытом решения проблем. Все это позволяет говорить о том, что родственники больных являются и учителями, и просветителями для других семей и даже профессионалов. Все вышеперечисленное поможет в борьбе со стигмой и дискриминацией не только пациента, но самой семьи, а также в совершенствовании законодательства в отношении психически больных людей и членов их семей. Объединяясь в группы, семьи психически больных пациентов не только обретут поддержку людей, столкнувшихся с аналогичными проблемами, но и станут силой, с которой будут считаться властные структуры, ответственные за предоставление качественной психиатрической и социальной помощи.

Работая в команде, родственники больных сами могут проводить программы психосоциальной реабилитации – досуговые, терапию праздниками, просветительские для населения с целью снижения стигматизации и дискриминации больных, а, объединившись с профессионалами (врачами, психологами, специалистами по социальной работе) – реализовывать образовательные программы в области психиатрии, психологии, по развитию социальных навыков и многие другие.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Фесенко Е.В.¹, Фесенко Е.Ю.²

¹Городская детская поликлиника №19

²Центр медико-социальной реабилитации для детей и подростков

ГДП №19

Санкт-Петербург

На современном этапе психологическая реабилитация является одной из основных составляющих медико-социальной (психосоциальной) реабилитации, подразумевающей процесс и систему медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья. Это соответствует основным направлениям, отраженным в Законе от 10.04.01 № 251-36 «О целевой медико-социальной программе Санкт-Петербурга на 2001-2003 гг.», Федеральном законе РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. на 25 ноября 2013 г.), а также в Законе Санкт-Петербурга от 17.07.2013 № 461-83 «Об образовании в Санкт-Петербурге» и постановлении Правительства Санкт-Петербурга от 04.06.2014 № 453 «О государственной программе Санкт-Петербурга «Развитие образования в Санкт-Петербурге на 2015-2020 годы».

В структурном подразделении городской детской поликлиники №19 Санкт-Петербурга – Центре медико-социальной реабилитации (ЦМСР) детей с ограниченными возможностями здоровья – проходят реабилитацию дети от 0 до 18 лет, проживающие в Петроградском районе города. Это дети с последствиями приобретенных и врожденных поражений нервной системы и опорно-двигательного аппарата травматической, инфекционной, наследственно-дегенеративной и иной природы.

Мультидисциплинарный подход к психологической реабилитации пациентов обеспечивается обязательным участием в этом процессе психотерапевта, медицинского психолога, невролога, педиатра, логопеда, специального педагога и социального работника. Кроме этого, в реабилитационном процессе участвуют врач лечебно-физкультурного кабинета (ЛФК), инструктор ЛФК, врач и медсестра кабинета биологической обратной связи (БОС), медсестра кабинета физиотерапевтического лечения, медицинские сестры по массажу и патронажные медицинские сестры. Тесное сотрудничество центра со специалистами Санкт-Петербургского Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина обеспечивает научно-методологическую основу лечебно-консультативной помощи, оказываемой в ЦМСР.

Среди причин, приводящих к патологии нервной системы, можно выделить, по выявленным нами данным, основные: перинатальные повреждения, врожденные пороки развития и наследственные заболевания, трав-

матические повреждения, инфекционные заболевания. Интерес к проблемам поражения нервной системы раннего возраста связан с пониманием того, что на 80% они обусловлены перинатальным повреждением. Уже после первого месяца жизни проявляются симптомы и синдромы перинатального повреждения центральной и периферической нервной системы. Наиболее тяжелыми из них являются задержка психомоторного развития и формирование различных форм детского церебрального паралича (ДЦП), поэтому проблема органических поражений нервной системы у детей, в частности ДЦП, является одной из самых актуальных в детской неврологии и реабилитологии. Поэтому с момента обнаружения отклонений в развитии ребенка специалисты Центра информируют родителей о результатах обследования, о диагнозе, обсуждают цели индивидуальной программы реабилитации, как ближайшие – на предстоящий цикл программы, так и отдаленные – на полную реализацию имеющегося у ребенка реабилитационного потенциала. Это способствует вовлечению родителей в реабилитационную работу, значимость чего трудно переоценить.

Для более эффективной работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями, к процессу реабилитации привлекаются детский психотерапевт и психолог. Они проводят психокоррекционные занятия, семейные консультации. Особое внимание уделяется семьям, имеющих детей с наиболее тяжелой психоневрологической патологией. Эта категория детей получает психологическую помощь на дому. В Центре организована работа в «группах общения». Кроме этого, разработана программа по профориентации детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологом и другими специалистами Центра регулярно проводятся лекции и беседы для родителей, консультации по правам и льготам, круглые столы (ко Дню матери, в Декаду инвалидов), выступления на поликлинических и городских конференциях.

Основным видом социальной помощи семье ребенка с отклонениями в развитии являются все виды патронажа. Эта функция возложена на социального работника, социального педагога и патронажных медсестер. Опыт работы Центра показывает, что существует большое количество детей дошкольного возраста, имеющих проблемы в развитии, и которые в силу разных причин не посещают ДДУ, оказываясь за пределами системы образования. Родители же, в большинстве случаев, не располагают знаниями, умениями и навыками, необходимыми для создания специальной воспитательной и образовательной среды для своих детей. Учитывая это, специалисты Центра большое внимание уделяют объединению совместных усилий медиков и педагогов в оказании помощи таким детям на пути их интеграции в социальную и образовательную среду и, уже более пяти лет работают по программе «Раннее домашнее сопровождение», которая является одним из вариантов новогумультидисциплинарного подхода в решении задач оказания медико-психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей с проблемами в развитии.

Ежегодные статистические отчеты свидетельствуют о повышении эффективности психосоциальной реабилитации в ЦМСР. Это, несомненно, происходит за счет именно всестороннего комплексного подхода к пациенту и его социальному окружению. Немаловажным является и тот факт, что высокая эффективность лечебно-реабилитационного процесса, начатого с самого раннего возраста, способствует преемственности между такими близкими по задачам, но нередко разобщенными областями медицины, как психиатрия и неврология.

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Чалдышкин А.В., Литвин А.С., Косова Е.О.

*Психиатрическая больница специального типа с интенсивным наблюдением
Санкт-Петербург*

Одной из важнейших проблем при осуществлении принудительного лечения является необходимость ресоциализации пациентов, совершивших общественно-опасные деяния. Для решения этой задачи в рамках реабилитационного процесса в 2014 г. на базе лечебно-производственных мастерских больницы была организована группа дистанционного обучения. Целью данной группы явилось предоставление пациентам возможности получения средне-специального образования на базе одного из университетов Санкт-Петербурга по специальности 38.02.01 «Экономика и бухгалтерский учет (по отраслям)». Причиной выбора данной специальности явилась ее крайняя востребованность и наличие на рынке труда соответствующих вакансий для инвалидов.

Отбор проводился комиссионно – полипрофессиональными бригадами отделений – среди пациентов, имеющих аттестат о среднем образовании. В состав группы были включены 12 человек: 11 – с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма» и 1 – с диагнозом «Органическое расстройство личности». Психический статус пациентов оценивался как медикаментозная ремиссия, все они принимали поддерживающую терапию психотропными препаратами.

До начала вступительных экзаменов были проведены занятия группы, посвященные выработке устойчивой и выраженной мотивации к обучению, при этом пациенты изначально были сосредоточены на необходимости приложения постоянных усилий на протяжении всего периода обучения (2,5 года). По результатам вступительных испытаний, 6 человек поступили на места, финансируемые из средств Федерального бюджета, а 6 – на места с полным возмещением затрат на обучение из личных средств (пенсионные накопления и помощь родственников).

Учебные занятия проводятся по расписанию университета до 4-х раз в неделю, длительностью по 4 академических часа. Кроме того, 2-3 раза в неделю прово-

дится самоподготовка на отделениях, занятия курирует врач-психотерапевт.

Организация обучения. С помощью технических средств и специального программного обеспечения (Adobe Acrobat Connect) дистанционное обучение пациентов проходит в постоянном контакте с преподавателями и аудиторией. При этом обучающиеся, в соответствии с расписанием, в формате видеоконференций, не только слушают лекции преподавателей, но и наблюдают визуальную информацию (например, в виде презентации), кроме того, получают электронные файлы с учебным материалом, а также имеют возможность задать вопросы в чате и оперативно получить ответы лектора. Для организации данного вида обучения достаточно наличия персонального компьютера, оснащенного гарнитурой, веб-камерой и подключенного к сети Интернет. При этом, даже после выписки из больницы, находясь дома или в любом другом месте, где есть выход в Интернет, пациент может продолжить обучение.

Первый курс (зимняя и весенняя сессии) успешно закончили 11 пациентов, 1 человек отказался от учебы после первого семестра, так как изменил планы трудоустройства после выписки.

Исходя из клинического наблюдения за учащимися, за год учебы у 9 пациентов не отмечено состояний обострения психотической симптоматики, степень активности поддерживающей терапии у 7 человек не менялась, у 2 – терапия была отменена. У 2 человек обострения возникали с прежней частотой по не зависящим от учебного процесса причинам. Эти обострения были кратковременными, купировались парентерально препаратами без существенного увеличения доз, а также с помощью психотерапевтической коррекции. При этом у пациентов сохранялась мотивация к обучению. По наблюдениям лечащих врачей, у 2 пациентов стало отмечаться улучшение коммуникативных навыков, расширение круга общения. Три пациента были выписаны в психиатрические стационары специализированного типа в связи с улучшением психического состояния и снижением уровня социальной опасности.

Кроме того, для оценки динамики когнитивных функций и характеристик познавательной деятельности всем студентам было проведено экспериментально-психологическое исследование. Полученные результаты сравнивались с подобными исследованиями, проведенными этим пациентам до начала дистанционного обучения. В результате, у 6 из 11 пациентов установлено улучшение по такому показателю, как активное внимание. Оно оказалось равномерным, в пределах нормы, с удовлетворительной концентрацией, достаточного объема, без признаков истощаемости. Также у 9 из 11 пациентов наблюдается улучшение кратковременной и долговременной слуховой памяти. Лишь у одного пациента показатель остался неизменным, без ухудшения, и у одного – наблюдалось незначительное снижение памяти.

С помощью опросника «МЛЮ Адаптивность» проводилось исследование по выявлению личностного потенциала социально-психологической адаптации. Ис-

следование проводилось один раз, по окончании учебного года. С целью выявления возможного влияния процесса обучения на уровень адаптации пациентов, страдающих психическими расстройствами, в исследовании принимали участие две группы. Экспериментальную группу составляли пациенты, проходящие дистанционное обучение – 9 человек. В контрольную группу входили пациенты, не являющиеся студентами – 9 человек. В результате, нами были получены следующие данные: в экспериментальной группе один пациент попал в группу хороших адаптационных способностей (2-я группа), четыре пациента – в группу удовлетворительной адаптации (3-я группа), 2 человека в группу сниженной адаптации (4-я группа). Тогда как в контрольной группе 5 пациентов – это группа сниженной адаптации (4-я группа) и 2 пациента – группа удовлетворительной адаптации.

По результатам первого года обучения также выявлено, что стабильная когнитивная нагрузка при указанном обучении позитивно отразилась на функциональном состоянии центральной нервной системы (ЦНС) большинства больных группы (у 8 из 12). Так, при проведении повторных клинических электроэнцефалограмм (ЭЭГ) в начале и в конце первого года обучения наблюдалось улучшение фоновой ритмики (некоторое увеличение Альфа-ритма и улучшение его распространения по конвексальной поверхности (в норме лобно-затылочного пространственный градиент снижается по амплитуде от затылочных к лобным отведениям), кроме того, было зафиксировано снижение представленности медленно-волновой активности (Дельта- и Тета-ритма).

Таким образом, исходя из полученных результатов исследования, можно говорить о том, что, наряду с фармакотерапией и психотерапией, сам процесс обучения благотворно сказывается на некоторых когнитивных функциях, а также улучшает адаптационные способности пациентов с психическими заболеваниями и позитивно отражается на функциональном состоянии центральной нервной системы (ЦНС).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Чурбакова О.Ю., Прокопенко Ю.А.

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница
Тамбов*

В настоящее время аутизмом страдает, в среднем, 1 из каждых 200 детей. Важность этой проблемы обуславливает актуальность поиска новых форм оказания медицинской и социальной помощи данной категории пациентов.

Целью данной работы стало изучение влияния метода транскраниальной микрополяризации, проводимого одновременно с коррекционно развивающей программой, для детей с умеренным или умеренно-вы-

раженным дефицитом нейродинамических компонентов высших психических функций различного генеза.

Исследование проводилось в 2015 г. на базе детского отделения ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница». В исследование были включены 60 детей с расстройствами аутистического спектра: 10 – умственной отсталостью; 12 – с задержкой психо-речевого развития; 8 – с эпилепсией; 15 – с органическим поражением головного мозга; 13 – с детским процессуальным аутизмом; 2 – с аутизмом в рамках хромосомных нарушений (с-м Дауна и др.). Пациенты были поделены на 2 группы: 1-ю составили дети, принимающие медикаментозное лечение и прошедшие 10 коррекционных занятий, включая песочную терапию, проводимые медицинским психологом (30 человек); 2-ю – дети, не принимающие медикаментозное лечение, но прошедшие 10 сеансов микрополяризации совместно с коррекционными занятиями, песочной терапией (30 человек). Возраст детей в обеих группах составил от 4 до 14 лет.

Использовались методы нейропсихологического обследования на базе батареи А.Р. Лурии, направленные на оценку состояния различных компонентов высших психических функций. Экспериментальные замеры производились до начала курса лечения, через 5 дней и по окончании. Также использовался метод наблюдения за ребенком на каждом коррекционном занятии.

Процесс проведения самой процедуры осуществляется врачом-психиатром совместно с медицинским психологом. Одновременно с токовым воздействием с ребенком проводились коррекционно развивающие занятия. Для оценки функций I блока мозга по методике А.Р. Лурии, на основании 5 характеристик энергетических компонентов деятельности, были рассчитаны два комплексных нейродинамических показателя (индекса). Состав этих индексов был сформирован как на основании теоретических предположений, так и по результатам эксплораторного факторного анализа, в который были включены все оценки нейродинамических характеристик выполнения проб.

По результатам проб, полученных в первой экспериментальной группе пациентов, были сделаны выводы о незначительной положительной динамике воздействия на нейродинамические процессы в виде снижения импульсивности и гиперактивности. Во второй группе уже на 5-м занятии у 10 человек из группы отмечались более высокие показатели по следующим шкалам: утомляемость (повысился уровень работоспособности, темп деятельности стал более быстрым с устойчивой динамикой); показатели слухоречевого запоминания увеличились на 1-2 слова; улучшилось понимание обращенной речи, а также звукопроизношение, отмечается нарастание речевой продукции в целом. Полученные знания во время стимуляции усваивались ребенком гораздо быстрее. Однако наряду с этим, отмечается и побочный эффект, наблюдаемый у пациентов, как правило, на 3-5 занятия, в виде чрезмерной импульсивности и гиперактивности, однако в последующем имеющим тенденцию к сниже-

нию, исчезновению. Об отсроченном результате лечения свидетельствуют отзывы родителей детей, отмечавших нарастание речевой продукции, улучшение понимания речи и звукопроизношения.

Полученные данные, на наш взгляд, свидетельствуют об эффективности методики транскраниальной стимуляции в комплексе с психокоррекционными занятиями.

«МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО» У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Шипкова К.М.

*ФМИЦПН им В.П. Сербского – Московский НИИ психиатрии
Московский психолого-социальный университет
Москва*

Введение. Модель психического («the theory of mind») (Fodor, 1978) понимается как возможность человека понимать ментальные состояния (желания, мысли, чувства) себя и другого человека. Это позволяет предвидеть и понимать поведение других. Модель психического (ТоМ) проходит ряд стадий, последняя из которых завершается к возрасту 11 лет (Сергиенко, 2009). Считается, что ТоМ имеет модульную (модулярную) структуру. Одним из доказательств рассматривается факт того, что ТоМ нарушается избирательно в одних аспектах, в других же остается относительно сохранной (Baron-Cohen, Leslie&Frith, 1986; Baron-Cohen 1989; 1995). Есть основание полагать, что ТоМ – когнитивная способность высокого уровня, она не является унилатеральной нейрональной сетью, имеет многозвеньевую структуру, возможно, форму кольца. В нее входят лобные отделы коры (OFC, VmPFC) обоих полушарий и структуры лимбической системы (Stone V.E., Baron-Cohen S., Knight R., 1998; Croft, 2009). OFC выполняет роль оценки аффективного компонента, таламус – идентификации лицевой экспрессии (Critchley et al., 2000). Базальные ганглии, поясная извилина, островок также являются структурными элементами этой системы. Они часто оказываются поврежденными при трудностях узнавания лицевой экспрессии. При правополушарных поражениях эти проблемы встречаются чаще, чем при левосторонних поражениях (Starkstein et al., 1994).

Задачи исследования:

1. Изучение способности понимать по взгляду психическое состояние другого человека при корковых, подкорковых, корково-подкорковых поражениях мозга.

2. Исследование влияния сложности психических состояний: базовые эмоции, сложные психические состояния (социальные, несоциальные) на успешность их опознания при разной топике поражения мозга.

Методы и материалы. Методика «eye test» («оценка психического состояния человека по его взгляду») Baron-Cohen et al. (2001) (рус. пер. Румянцева, 2013). Вербально оцениваются 2 класса состояний лицевой экспрессии по фото, на котором видна только линия глаз: базовые эмоции (БЭ) и разные типы сложных психических состояний (СС):

социальные состояния («флирт», «высокомерие», «игривость» и т.д.), несоциальные состояния («раздумье», «скука» и т.д.). В методике вовлекается 1 ступень атрибуции ТоМ – определение релевантного психического состояния (например, «сострадание»), при этом 2 ступень атрибуции – определение контекста этого состояния – не рассматривается (например, «сострадание из-за потери матери»). В каждом задании нужно выбрать 1 слово из 4-х. Правильный ответ оценивается в 1 балл. Всего 36 заданий. Показатели нормы: мужчины 27,6±2,2 (Румянцева, 2016), 26,0±4,2 (Baron-Cohen, 2001); женщины 27,3±3,0 (Румянцева, 2016), 26,4±3,2 (Baron-Cohen, 2001).

В исследовании участвовали 24 пациента с органическим поражением мозга сосудистой и травматической этиологии и верифицированной (КТ/МРТ) топикой поражения. Возраст – 52,5±26,5 лет. Распределение по полу: муж./ж. – 16/7 чел.; по уровню образования: в. обр/ср. спец. образ. – 18/5 чел. Давность заболевания – 11мес.-15 лет. У пациентов не было ранее ни неврологических, ни психических нарушений. У всех пациентов имела негрубая степень нарушения речи: у 70% (16 чел.) – моторная, акустико-мнестическая афазия; у 30% (7чел.) – дизартрия. Пациенты могли говорить, понимать обращенную речь, читать. Были сформированы 6 групп по топике поражения: 1 гр. – двусторонние поражения лобных долей мозга – 5 чел., 2 гр. – поражение левой лобно-височной доли и базальных ядер слева – 3 чел.; 3 гр. – поражение левой височно-теменно-затылочной области – 2 чел.; 4 гр. – поражение базальных ядер слева – 3 чел.; 5 гр. – поражение левой лобно-теменной области – 4 чел.; 6 гр. – поражение правой теменно-височно-затылочной области – 3 чел. Статистический анализ данных проводился с использованием критерия Крускала-Уоллиса, Манна-Уитни, ANOVA.

Результаты. Категоризация эмоций, определение качества чувств другого субъекта, была нарушена у абсолютного большинства выборки, независимо от топике поражения мозга. 78% выборки показали результаты ниже нормы. Значения находились в широком диапазоне от 6 до 27 баллов: гр. 1 – 16,5±10,5; гр. 2 – 21,0±5,0; гр. 3 – 17,5±4,5; гр. 4 – 17,0±2,0; гр. 5 – 21,0±4,0; гр. 6 – 12,0±8,0. Доля ошибочных ответов в отношении некоторых эмоций имела диапазон от 67% до 75%. К ним относились следующие: БЭ – «нервничающий», «подавленный», «обеспокоенный»; СС – «ожидающий», «уверенный», «неуверенный», «недоверчивый». В основном, это были отрицательные по знаку эмоциональные состояния. При их оценке выбиралось нерелевантное, далекое от качества лицевой экспрессии слово. Например, состояние «нервничающий» оценивалось как «задумчивый», «настаивающий» или «задаченный»; состояние «ожидающий» – как «решительный», «угрожающий» или «застенчивый». Не понимался либо знак лицевой экспрессии, либо снижалась оценка ее интенсивности. Пациенты с поражением левого полушария имели групповые значения в соотношении БЭ/СС, соответственно, 31/69 баллов; с поражением правого полушария – 38/51 баллов. Сторона поражения

мозга не выявила значимого влияния успешность опознания лицевой экспрессии ($p \geq 0,05$). Наряду с этим, фактор сложности эмоций был значимым. У исследуемой выборки категоризация СС по лицевой экспрессии была более успешной, чем БЭ ($F(1;16)=10.64, p \leq 0,01$).

Заключение. Вне зависимости от уровня поражения мозга, стороны и внутриволушарной локализации очага поражения, отмечалась дисфункция ТоМ в сторону большей уязвимости БЭ у пациентов с негрубыми речевыми расстройствами. Показана относительно более высокая сохранность понимания СС по лицевой экспрессии в противовес базовым эмоциям у больных с корковыми/подкорковыми поражениями мозга. Это может говорить о том, что мозговая организация «модели психического» включает сложную, разветвленную сеть, состоящую из корковых и подкорковых структур, позволяющую при поражениях ее на разных уровнях сохранять компенсаторные возможности и обнаруживать высокую степень устойчивости к пониманию сложных психических состояний. Сохранность перцепции СС является одним из ключевых составляющих в определении прогностических возможностей социальной, поведенческой адаптации и реабилитации.

КОМОРБИДНОСТЬ ШИЗОФРЕНИИ И ПАРАФИЛИЙ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Штарк Л.Н.

*ФМИЦПН им. В.П.Сербского
Москва*

Коморбидность шизофрении и сексуальных нарушений изучалась со времен Э. Крепелина (1921): «среди заболеваний, сопровождающихся изменением инстинктов, особенное значение имеют сексуальные извращения, так как они коренным образом могут изменить весь уклад жизни». К. Ясперс считал, что сексуальные перверсии являются частым феноменом при психозах и обусловлены болезненным шизофреническим процессом. В.Л. Зелонджев (1995) указывал, что наличие шизоидных черт обуславливает ретардацию психосексуального развития: интериоризация нормативных полоролевых характеристик носит фрагментарный характер, затрудняется ролевая адаптация в среде сверстников, происходит перенос периода полоролевых игр на более поздние сроки, что при качественно ином уровне гормонального обеспечения сексуальной функции приводит к фиксации неадекватных форм реализации либидо и способствует формированию и закреплению заместительных и суррогатных форм половой активности. По данным М.Ю. Каменкова (2008), тяжесть течения заболевания соотносится со степенью агрессивности половой перверсии: при умеренном приступообразном типе течения заболевания встречаются такие типы парафилий, как педофилия, эксгибиционизм, вуайеризм. При высоко прогрессивном приступообразном течении шизофрении наблюдаются некрофилия, гомицидомания в отношении недифференцированного по

половозрастным характеристикам объекта сексуального влечения. Ю.П. Жданов (1986) отмечал, что при вялотекущей шизофрении обнаруживаются стойкие сексуальные моноперверсии.

Для прогрессивной шизофрении более характерны полиморфные перверсные симптомы – разного рода извращения то сочетаются друг с другом, то сменяют одно другое. Особо тяжелые формы перверсий встречаются при злокачественной юношеской шизофрении – некрофилия, гомицидомания.

Цель исследования. Изучение особенностей расстройств сексуального предпочтения коморбидных различным формам шизофрении.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 50 актов судебных комплексных сексолого-психолого-психиатрических экспертиз, проведенных в Центре им. В.П. Сербского в 2014-2015 гг. Основными критериями выбора являлись: привлечение подэкспертных к уголовной ответственности в связи с совершением преступных действий сексуального характера, а также установленный диагноз шизофрении.

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных, в среднем, составил $35 \pm 11,7$ лет, манифестация шизофрении – преимущественно, в молодом возрасте – $18,2 \pm 4,5$ лет. Наиболее часто был установлен диагноз вялотекущей шизофрении (шизотипическое расстройство по МКБ-10) – в 23 случаях (46%), параноидной шизофрении – 17 (34%), далее – недифференцированная форма – 5 (10%) и остаточная – 5 (10%). Моноперверсии в виде педофилии, эксгибиционизма, садомазохизма были выявлены в 23 (46%) наблюдениях, тогда как множественные расстройства сексуального предпочтения только в 7 (14%) случаях, у 20 (40%) подэкспертных какое-либо расстройство сексуального предпочтения не возможно было установить в силу недостаточности критериев, в соответствии с МКБ-10.

При установленном диагнозе парафилии в 18 (36%) случаях выявлено эгосинтонное отношение к ней, в 12 (24%) – нельзя было установить характер и отношение к влечению ввиду отрицания подэкспертными деликтов и наличия у них аномального сексуального влечения. Эгодистонное отношение к патологическому влечению не было выявлено ни в одном из изученных актов. Нарушения психосексуального развития в виде его опережения (15; 30%), задержки (13; 26%) и дисгармонии (7; 14%) обнаружены у 35 (70%) подэкспертных – как с диагнозом парафилии, так и без него. Довольно часто встречались функциональные нарушения эрекции при попытке совершения нормативных половых актов (18; 36%) и отсутствие интереса к «реальным» (не виртуальным или не извращенным) половым контактам.

Таким образом, предварительно на данном этапе исследования можно заключить, что для больных шизофренией более характерны моноперверсии, чем множественные расстройства сексуального предпочтения. Установить связь между формой психического заболевания и типом сексуального расстройства не удалось, что, возможно, обусловлено малым количеством человек в изученной вы-

борке. Однако выявлена положительная корреляция между длительностью психического заболевания и вероятностью формирования множественных расстройств сексуального предпочтения ($p < 0,03$). В то же время связи между возрастом больных шизофренией и вероятностью выявления у них полиперверсии не обнаружено. Это позволяет предположить непосредственное влияние шизофренического процесса в сторону расширения недифференцированности предпочитаемого объекта и форм сексуальной реализации. Кроме того, выявленное у подэкспертных отсутствие эгодистонного отношения к аномальному половому влечению может свидетельствовать о грубом нарушении критических способностей обусловленных именно эндогенным процессом. Однако это следует подтвердить в исследовании с участием контрольной группы подэкспертных с иными расстройствами, например, органическими поражениями центральной нервной системы или без какой-либо коморбидной психической патологии.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТИПА ПРИВЯЗАННОСТИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Шустов Д.И., Федотов И.А.

*Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова
Рязань*

Психотерапевтическое лечение является неотъемлемым компонентом стандартов лечения пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ). В настоящее время продолжают дискуссии по поводу возможностей прогнозирования результатов такого лечения. Многие исследования подтверждают, что результат зависит больше от «неспецифических» факторов, не имеющих прямой взаимосвязи с видом терапевтической модальности (Luborsky L. et al., 1975; Frank J.D, Frank J.A., 1991; Wampold B., 2012;). Одним из таких «неспецифических» факторов является характер устанавливаемых взаимоотношений между клиентом и терапевтом.

Для объяснения сложного и многогранного явления взаимоотношений между людьми нужна четкая методологическая база. Большинство современных исследований опирается в этом вопросе на теорию привязанности Джона Боулби (Schaffer H.R., 2007). Привязанность – это особый вид поведения, направленный на поддержание близости и создание эмоциональной связи с другим человеком для обеспечения безопасности (Боулби Д., 2003). Привязанность, которая установилась к родителям в детстве, становится моделью для всех межличностных взаимоотношений человека (Insel T., 2001). Данный основополагающий прототип поведения в межличностных отношениях получил название генерализованного типа привязанности (Казанцева Т.В., 2011).

Выделяют следующие генерализованные типы привязанности (ГТП) (Hesse E., 2008):

1. Надежный (secure) – при котором люди способны устанавливать и поддерживать длительные доверительные отношения, а также способны быть автономными.

2. Неадекватные:

2.1. Избегающий (dismissive) – при котором люди склонны избегать близости, не могут долго поддерживать такие отношения.

2.2. Сверхзабоченный (preoccupied) – при котором, наоборот, люди склонны к излишнему «цеплянию» в отношениях, не способны отделяться и быть самостоятельными.

Неадекватные ГТП обнаруживаются у пациентов с различными видами психических расстройств: психозов, неврозов, аффективных нарушений и личностных расстройств (VanIjzendoorn M., Backermans M., 1996; Wedekind D. et al., 2013). Доказано также, что они лежат в основе психосоциальных механизмов развития АЗ и трансгенерационной передачи склонности к ней (Шустов Д.И., Федотов И.А., 2016; Wyrzykowska E. et al., 2014). В последнее время все большую популярность приобретает гипотеза P. Flores (2004), который утверждает, что механизмы привязанности к другому человеку и зависимости от психоактивных веществ расположены в одном отделе мозга и конкурируют между собой. Потому люди с отсутствием надежной привязанности имеют высокую склонность к формированию зависимости.

Целью нашей работы стала оценка влияния ГТП на результаты психотерапевтического лечения пациентов с АЗ для оценки прогностической роли данного «неспецифического» фактора психотерапии.

Материалы и методы. Было рандомизированно отобрано и обследовано 62 пациента с АЗ, наблюдающихся в Рязанском областном клиническом наркологическом диспансере. Гендерный состав: 52 мужчины и 10 женщин. Средний возраст составил 35,9 (SD=7,7) лет. Критериями исключения стали: возраст менее 18 и более 65 лет; коморбидность с тяжелыми психическими расстройствами с выраженными нарушениями функционирования и инвалидизирующими соматическими заболеваниями; коморбидность с другими аддикциями (кроме никотиновой); наличие признаков тяжелого органического поражения головного мозга. Все пациенты получали одинаковый вид психотерапевтического лечения (рационального и предметно-опосредованного) в равных объемах. Оно проводилось врачами диспансера, не участвующими в исследовании и не влияющими на его результаты.

С каждым пациентом проводилось диагностическое интервью, включающее клинический наркологический блок и «Интервью для взрослых о привязанности» (русская адаптация «Adult attachment interview»), которое является «золотым стандартом» изучения ГТП на основании оценки запечатленных в автобиографической памяти особенностей отношений с родителями (Асанова Н.К., 1997; Сабельникова Н.В., 2008). Сравнение непараметрических данных проводилось методикой хи-квадрат, корреляционный анализ – методом Спирмена.

Результаты и обсуждение. Было выявлено, что у больных алкогольной зависимостью преобладают ненадежные ГТП – отвергающий (50%) и сверхзабоченный (33,9%), что значимо отличает их от распределения ГТП в здоровой выборке, где 60% составляет надежный ГТП ($p=7 \times 10^{-6}$).

Средняя продолжительность терапевтических ремиссий (ТР) в группе с надежным ГТП составила 31,3 [24,6ч33,7] месяцев, в группе со сверхзабоченным ГТП – 17,4 [12,3ч20,1] месяцев, в группе с отвергающим ГТП – 6,5 [2,1ч7,8] месяцев. Если распределить ГТП в порядке увеличения положительного для психотерапии качества: (1) надежный (способны устанавливать и поддерживать необходимое количество времени доверительные отношения с терапевтом), (2) сверхзабоченный (сверх вовлечены в процесс терапии, навязчиво «цепляются» за эти отношения, требуют к себе постоянного внимания), (3) отвергающий (склонны быстро уходить из терапии, не способны выполнять терапевтические контракты), то между ГТП и средней длительностью терапевтических ремиссий выявлена положительная статистически значимая корреляция ($r=+0,19$, $p<0,05$). Т.е. чем лучше человек способен устанавливать привязанность, тем лучших результатов он может достичь в процессе психотерапевтического лечения.

Т.о. определение ГТП может являться одним из подходов к определению прогноза психотерапевтического лечения пациентов с АЗ. Для диагностики привязанности предлагается использовать «Интервью о привязанности для зависимых от алкоголя» (Шустов Д.И., Федотов И.А., 2015), которое специально разработано для повседневной клинической практики и сочетает в себе черты формализованных опросников и полуструктурированных интервью. В случае выявления ненадежных ГТП рекомендуется уделять внимание изменению вида привязанности клиента. Для этого можно использовать специальные подходы психотерапии, основанной на привязанности – attachment-based psychotherapy (Бриш К.Х., 2012). В самом общем виде ее цель заключается в создании для пациента атмосферы безопасности, в которой терапевт берет на себя роль фигуры надежной привязанности.

ЛЕНИНГРАДСКАЯ ШКОЛА ПСИХОНЕВРОЛОГИИ И М.М. КАБАНОВ КАК ПРЕДТЕЧИ ИНТЕГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Эйдемиллер Э.Г.

*Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург*

Для меня важен не столько диагноз «шизофрения» у пациента, сколько особенности его личности и семейного окружения.

Из беседы с М.М. Кабановым

Для Ленинградской, а далее Петербургской школы психоневрологии был характерен гуманизм в обслужива-

нии больных, в частности, в стенах психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Этот опыт получил распространение в большинстве ЛПУ психиатрического профиля в нашем городе.

Кроме того, для этой школы характерен поли-этиопатогенетический подход в исследовании природы заболеваний.

Такие корифеи «ленинградской школы психоневрологии» как Е.С.Авербух, Т.Л. Хвиливицкий, М.М. Кабанов, А.Е. Личко, Б.Д. Карвасарский др. стремились избегать стигматизации больных и налаживать комплаентные отношения с ними.

В 1977 году американский врач-психиатр Джордж Эйнджел (Georg Engel) опубликовал статью, в которой изложил принципы «биопсихосоциальной модели» психического здоровья и болезни. Она пришла на смену сугубо биологической трактовке болезней. В эту модель /систему входят 3 компонента: 1 – биологический, 2 – психологический, 3 – социальный.

Использование этой модели заложило теоретические и методологические обоснования избегания биологического и психологического редуccionизма в понимании этиопатогенеза психических расстройств. Но прежде, чем раскрыть смысл редуccionистского подхода, необходимо восстановить историческую справедливость: «Кто первым сказал «А»?».

Одним из первых был В.М. Бехтерев, который использовал термин «психоневрология» для названия своего института. Он понимал болезнь как комплекс нарушений на биологическом (биология, физиология и неврология), психологическом (психология, психиатрия и психотерапия) и социальном уровнях.

Далее А.Ф. Лазурский, В.Я. Басов и В.Н. Мясисев сделали следующий шаг, разработав концепцию личности как системы психологических отношений к миру других, к миру предметов и к себе.

Именно М.М. Кабанов внедрил идеи биопсихосоциальной модели здоровья и болезни в построении программ реабилитации. М.М. Кабановым и его последователями были отмечены три позитивных момента в использовании биопсихосоциальной модели в медицине и науках о человеке:

1. Преодоление биологического редуccionизма.

У человека, болеющего, к примеру, туберкулезом, страдают не только ткани или органы в результате интоксикации палочкой Коха. Во-первых, по данным многих исследований, большинство больных функционирует в неблагоприятных социальных условиях. Во-вторых, многие заболевшие имеют склонность к депрессивным реакциям, пониженную самооценку, переживания хронической фрустрированности.

2. Преодоление психологического редуccionизма.

В конце 1940-х – начале 1950-х гг. в США психиатры и психотерапевты стали изучать роль семейной дисфункции в этиопатогенезе шизофрении. Были описаны «шизофреногенная мать», «шизофреногенный отец», «шизофреногенная семья». Изначальная гипотеза гласи-

ла, что этиологической причиной шизофрении являются «семейное расщепление» и «семейный перекос».

Результаты исследования американских специалистов оказались созвучными мыслям известного советского психиатра П.Б.Ганнушкина, которые он высказывал на клинических разборах еще в 30-х годах XX века: «Часто в семьях больных шизофренией родители представляют собой сочетание стеник+астеник».

Более поздние исследователи [Minuchin S., 1974; Воловик В.М., 1973; Эйдемиллер Э.Г., 1973, 1976] доказали, что этиологической причиной шизофрении является генная отягощенность, а этиологическим условием – семейная дисфункция, которая получила название «ригидная псевдосолидарная семья» [Эйдемиллер Э.Г., 1976].

3. Интеграционные процессы в психотерапии.

Несмотря на дискуссию, каким методам психотерапии отдавать предпочтение – монометодам или интегративным, чисто умозрительно можно доказать, что интегративным. Дело в том, что личности, группы, семьи являются живыми открытыми системами, в которых элементы взаимосвязаны. В настоящее время котерапевты Э.Г. Эйдемиллер и Н.В. Александрова разработали два метода психотерапии, которые доказали свою эффективность:

1. Краткосрочная аналитическая психодрама.
2. Аналитико-системная семейная психотерапия.

В основе этих методов психотерапии лежит интеграция следующих теоретических подходов, которые взаимно и непротиворечиво дополняют друг друга:

- идеи психоанализа З. Фрейда и А. Фрейд.

- психология отношений
- системный/синергетический подход.
- нарративный подход.

Близко к общей теории систем и синергетике развивается в современной психологии теория поля, которая может быть рассмотрена в трех направлениях: поле как контекст, поле сил и поле опыта [Робин Ж.-М., 2004, 2008]. В частности, использование этой теории помогает пониманию и созданию «психологии лечебной среды на модели наркологического стационара» [Городнова М.Ю., 2015].

М.М. Кабанов был первым в нашей стране, кто уделил большое внимание терапии средой.

В заключении хочу отметить, что организаторы Конгресса охарактеризовали удачной метафорой жизненный путь М.М. Кабанова – содержанием закона отрицания отрицания. Закон отрицания отрицания, разработанный Ф. Энгельсом и К. Марксом, творчески развившими идеи Г.Ф. Гегеля, означает, что переход из одного качественного состояния в другое происходит в результате преодоления первоначального уничтожения старого качества, после его переосмысления и принятия в какой-то мере того или чего-нибудь из того, что было накоплено на предшествующей ступени. Таким образом, каждый виток процесса развития становится иным по своему содержанию и направлению, развитие продвигается закручиванием.

В творчестве М.М. Кабанова удачно соединены накопление прошлого опыта, преодоление старых представлений и спиралевидное восхождение в новых представлениях.

РАЗДЕЛ 2.
НЕВРОЛОГИЯ

СТАТЬИ И ТЕЗИСЫ

**НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ
РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ НИПНИ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА**

Балунов О.А.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Принято считать, что концепция реабилитации психоневрологических больных и инвалидов за рубежом получила современное содержание в годы Второй мировой войны в Англии и США. Однако развитие отдельных реабилитационных направлений и публикации по этой проблеме имели место раньше и в ряде других стран. В нашей стране реабилитация традиционно рассматривается как «система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективно-раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду».

М.М. Кабановым (1978) сформулированы основные принципы реабилитации, которые являются практическим ориентиром для составления конкретных реабилитационных программ [1]:

- *принцип партнерства* предусматривает сотрудничество пациента и врача при руководящей роли последнего;

- *принцип разносторонности усилий*, в основе которого лежит реализация медико-психологических и

лечебно-восстановительных задач, направленных на возможность перестройки системы отношения личности к себе, к окружающим и к болезни;

- **принцип единства** психосоциальных и биологических методов воздействия, предполагающий комплексность применения лечебно-восстановительных мероприятий;

- **принцип ступенчатости** (позапности) проводимых воздействий.

Эти принципы были приняты и успешно использованы неврологами в отделении реабилитации неврологических больных под руководством профессора Т.Д. Демиденко.

Первая работа, означавшая начало формирования реабилитационного направления в неврологии нашего института, опубликована в материалах симпозиума, состоявшегося в мае 1967 г. в Ленинграде. Анализируя наблюдения за 130 больными, перенесшими церебральный инсульт, авторы (О.А. Балунов и Т.Д. Демиденко) смогли сделать ряд важных выводов [2]. В частности:

- восстановление нарушенных двигательных и речевых функций у многих больных продолжается в течение нескольких лет после инсульта (5-7 лет);

- положительные результаты достигаются при более раннем начале восстановительных мероприятий, ранней активизации больных и применением комплекса лечебных воздействий.

Результатом начатой работы по реабилитации явилась организация профессором Т.Д. Демиденко в 1969 г. научного подразделения института по восстановительному лечению на базе госпиталя для лечения инвалидов ВОВ. С конца 1970-х годов это отделение функционирует в институте им. В.М. Бехтерева. Подводя итоги работы отделения реабилитации неврологических больных почти за 50-летнюю его историю, следует остановиться на том, что удалось сделать за эти годы.

Сотрудники института принимали активное участие в организации и работе реабилитационных амбулаторных и стационарных учреждений – в поликлиниках № 51, № 38, в реабилитационных палатах в больницах № 17, № 3, отделениях восстановительного лечения больницы № 40.

Были сформулированы основные положения программы реабилитации больных, в которых важное место отведено психологическим и нейропсихологическим исследованиям – изучению личностных характеристик больных, их отношению к болезни, роли семьи в повышении эффективности лечения, влиянию нарушений ВПФ на успешность реабилитации, совершенствование методов речевой реабилитации [3].

В г. Ленинграде была создана система организации реабилитационной помощи больным с острым инсультом: «неврологическая бригада скорой помощи» – отделения по лечению больных с острым инсультом – реабилитационная палата, отделение реабилитации больницы № 40, реабилитационная поликлиника. По данным комиссии МЗ РСФСР, проверявшей данный аспект работы, в

больницу № 40 на реабилитацию из стационаров города поступали до 73% больных в первые три недели после острого мозгового инсульта, что позволило более рационально использовать коечный фонд в «острых» неврологических отделениях.

Был создан первый в нашей стране "банк данных" о 460 больных с последствиями острого церебрального инсульта, дважды проходивших лечение в отделении реабилитации института. Анализ результатов наблюдения за этими больными подтвердил выдвинутую нами ранее точку зрения, что в межстационарном периоде продолжается восстановление нарушенных в результате инсульта функций, но в более медленном темпе.

Повторный курс реабилитации улучшает состояние больных и их автономное существование. Однако в межстационарном периоде статистически достоверно нарастают проявления патологии экстрапирамидной системы в виде амиостатического синдрома, что вызывает необходимость назначения небольших поддерживающих доз дофасодержащих препаратов (а для коррекции симптомокомплекса постинсультной депрессии требуется назначение антидепрессантов) [4; 5].

При анализе 460 постинсультных больных нами установлено влияние ряда социально-бытовых факторов на эффективность реабилитации – пола пациентов, семейного положения, образовательного ценза, системы отношений к больному в семье и в ближайшем окружении и др. [6].

За весь период работы коллективом отделения были успешно выполнены несколько комплексных научных и народно-хозяйственных тем МЗ РСФСР, ряд комплексных научных разработок с научными учреждениями Москвы и Ленинграда (НИИ неврологии АМН СССР, институт им. И.М. Сеченова, хирургическая клиника 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова, Ленинградский институт авиационного приборостроения и др.).

Полученные результаты исследований подтверждены семью патентами, описаны в 6 монографиях, многочисленных журнальных публикациях, методических рекомендациях и пособиях для врачей, в 2 докторских и более, чем 20 кандидатских диссертациях.

Включение в реабилитационную бригаду психиатра позволило классифицировать нарушения психики больных с острым мозговым инсультом на различных этапах реабилитации. Впервые в стране в 1990 г. мы опубликовали данные о том, что спустя два месяца после дебюта инсульта у 30-40% больных развивается так называемая "постинсультная депрессия", которая излечивается только антидепрессантами (у контрольной группы, получавших седативные препараты, результаты лечения были негативными). Данные были опубликованы в журнале «Alaska medicine» [7].

Отделение широко использует современные клинические и инструментальные методы исследования больных (психологические, нейропсихологические, нейровизуализационные и др.). Так, изучение динамики

окислительного стресса у постинсультных больных позволило установить, что этот процесс сохраняется на протяжении длительного времени после острого инсульта и его коррекция требует назначения комплекса антиоксидантных препаратов [8].

Нами установлено, что так называемые лакунарные инфаркты являются следствием системного нарушения мозгового кровообращения в результате, прежде всего, подъема диастолической фазы артериального давления в ночное время. Наиболее частый клинический симптомокомплекс при лакунарном инсульте – «дискоординаторный» – является следствием патологии артериол и капилляров, проникающих глубоко в белое вещество полушарий. Когнитивные нарушения при этой форме инсульта обнаружены в 14% случаев, в том числе при одиночных лакунарных инфарктах. Все они располагались в белом веществе полушарий и стволе мозга. Ни одного случая локализации их в так называемых стратегических зонах мы не обнаружили и в соответствии с последними данными считаем, что эти нарушения являются следствием патологии ассоциированных зон мозга в результате системных расстройств гемодинамики [9].

На основании анализа клинико-нейровизуализационных соотношений у 130 больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью с использованием современных математико-статистических методов был создан оригинальный способ дифференциальной экспресс-диагностики различных форм дисциркуляторной энцефалопатии у больных с различным типом течения артериальной гипертензии [10].

В последние годы коллектив отделения разрабатывает вопросы реабилитации больных с психосоматическими расстройствами.

Литература:

1. Кабанов М.М. Реабилитация больных. – Л.: Медицина, 1978. – 232 с.
2. Балунов О.А., Демиденко Т.Д. Особенности восстановления двигательных функций у постинсультных больных по данным катамнеза / Материалы конференции «Восстановление функций при поражении центральной и периферической нервной системы». – Л., 1967. – С. 69-71.
3. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. – Л.: Медицина, 1989. – 208 с.
4. Балунов О.А., Триумфова Е.А. Влияние повторных курсов восстановительного лечения на эффективность реабилитации постинсультных больных (по данным катамнеза). Методические рекомендации. – Л., 2000. – 19 с.
5. Балунов О.А., Триумфова Е.А. Способ медицинской реабилитации постинсультных больных. Патент на изобретение № 2157197, зарегистрирован в Гос. реестре изобретений РФ, Москва, 10.10.2000 г.
6. Балунов О.А., Коцюбинская Ю.В. Роль некоторых социально-бытовых факторов в формировании адаптации у больных, перенесших инсульт / Неврологический вестник. – 2001. – № 6. – С. 28-30.

7. Balunov O.A., Sadov O.G., Alemasova A.Ju. Therapy of depressions in post-stroke patients / Alaska Medicine. – 1990. – 32, 1. – P. 21-29.

8. Трофимова С.А. Динамика клинических симптомов и показателей окислительного стресса у больных с последствиями ишемических инсультов в процессе восстановительной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007. – 25 с.

9. Балунов О.А., Сафонова Н.Ю., Ананьева Н.И. Лакунарные инфаркты головного мозга: клиника, диагностика, вторичная профилактика. – СПб., 2009. – 110 с.

10. Балунов О.А., Ананьева Н.И., Разоренов П.И., Разоренова Т.С., Лукина Л.В. Способ дифференциальной диагностики этиологических форм дисциркуляторной энцефалопатии с различным типом течения артериальных гипертензий. Патент на изобретение № 2311117, зарегистрирован в Гос. реестре изобретений РФ, Москва, 27.11.2007 г.

КОГНИТИВНЫЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПЕРВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Дементьева О.В.¹, Старикова Н.Л.²

¹ Городская клиническая больница №4

² Пермский государственный медицинский университет Пермь

Инсульт является одной из социально значимых проблем, что определяется широкой распространенностью, высокими показателями летальности и частотой инвалидизации.

Традиционно в клинике инсульта основное внимание уделяют очаговому неврологическому дефициту, связанному с физической инвалидизацией, прежде всего, параличам. Между тем, эмоциональные расстройства, возникающие у значительного числа пациентов после инсульта, оказывают на бытовую, социальную и профессиональную адаптацию едва ли не больший эффект, чем моторный дефицит. Имеются данные о том, что наличие постинсультной депрессии является предиктором худшего прогноза в отношении реабилитации в сроке 1 год от развития инсульта. Успешное регулирование эмоциональных и когнитивных нарушений может привести к психологическому благополучию и социальному функционированию.

Цель. Определить динамику эмоционального и когнитивного статуса пациентов на протяжении острого периода ишемического инсульта.

Материалы и методы. На базе клиники неврологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО ПГМА было обследовано 33 пациента (10 женщин, 23 мужчины) с ишемическим инсультом в острейшем периоде (с 1 по 3 день) и к концу острого периода (20-21 день). Средний возраст 64,9±12,5 лет (M±StD). Критериями включения пациентов в исследование являлись: впервые возникший ишемический инсульт, сохранность уровня сознания на момент проведения нейропсихологического исследования. Кри-

териями исключения явились: повторный инсульт, ишемический инсульт с геморрагическим пропитыванием, геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, транзиторная ишемическая атака, выраженные речевые нарушения на момент проведения нейропсихологического исследования, тяжелая эндокринная патология в стадии декомпенсации, выраженные когнитивные нарушения. Проводилось нейропсихологическое обследование с применением следующих шкал: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), шкала депрессии Бека, шкала тревожности Спилбергера. Всем пациентам выполнялось стандартное обследование во время госпитализации: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, липидный спектр, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки. Большинству пациентов выполнялись ультразвуковая доплерография (УЗДГ) экстракраниальных сосудов, КТ и МРТ головного мозга. Также у пациентов брался биохимический анализ крови на нейронспецифическую енолазу (по техническим причинам идет накопление материала). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6,0 непараметрическими методами. В группу контроля вошли 9 человек (5 женщин, 4 мужчины) без диагностированных сосудистых заболеваний головного мозга, которым проводилось нейропсихологическое обследование.

Результаты. Среди факторов риска развития ишемического инсульта преобладают следующие: гипертоническая болезнь в 100% случаев; отсутствие адекватной гипотензивной терапии почти в 75% случаев; стенозирующий атеросклероз БЦА более 50% – у половины пациентов; вредные привычки среди мужчин.

Когнитивный статус пациентов при развитии инсульта по шкале MMSE составлял ME 27,36 балла (ДИ 95% 26,58 – 28,15 балла), что соответствует умеренным когнитивным нарушениям. По шкале MoCA показатели были иными. Умеренные когнитивные нарушения наблюдались у 19 человек, деменция легкой степени у 10 пациентов, ME 23,79 баллов (ДИ 95% 22,67 – 24,90 баллов). В сравнении с группой контроля достоверных различий по данным шкалам выявлено не было: MMSE ME 28,67 баллов (ДИ 95% 27,58 – 29,75 баллов), MoCA ME 26,78 баллов (ДИ 95% 25,16 – 28,40 баллов).

К концу острого периода наблюдалось улучшение показателей по шкалам MMSE (среднее значение возросло на 2,0%, умеренные когнитивные нарушения у восьми пациентов) и MoCA (улучшение показателей у 23 человек, в целом на 6,43%).

Другим важным проявлением нервно-психических расстройств при инсульте является депрессия и тревога. Депрессия проявляется снижением фона настроения, утратой чувства удовольствия от жизни, а тревога чувством страха, внутренним напряжением. В острейшем периоде инсульта у пациентов наблюдались симптомы умеренной депрессии, ME 15,3 (ДИ 95% 11,62 – 18,98 баллов). Только у 12 пациентов отсутствовали признаки депрессии.

Реактивная тревожность пациентов как при поступлении ME 22,12 (ДИ 95% 19,05 – 25,18), так и при выписке была низкой. Личностная тревожность пациентов и группы контроля была высокой (ME более 48,51 баллов), достоверных различий между группами выявлено не было – $p=0,25$.

При оценке корреляционной зависимости показателей получились следующие результаты: обратная корреляция показателя MMSE и уровня депрессии по шкале Бека $R=-0,77$, $p=0,016$; положительная корреляция показателя MMSE и уровня реактивной тревожности $R=0,503$, $p=0,002$. Аналогичные результаты при сравнении со шкалой MoCA.

Вывод. У пациентов при развитии первого ишемического инсульта имеется клиника развития острых когнитивных нарушений, которые к концу острого периода становятся менее выраженными. Кроме того, у пациентов наблюдались эмоциональные нарушения (высокий уровень личностной тревожности, депрессия), уровень которых к концу острого периода уменьшился.

Пациенты с сохранным уровнем когнитивных функций менее подвержены депрессии, но более остро реагируют на произошедшую проблему в их жизни, в отличие от пациентов с более низким когнитивным статусом.

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МЕТОДОМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дружинин А.К., Нарышкин А.Г., Горелик А.Л., Михайлов В.А.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Введение. Эпилептические приступы и связанные с ними нарушения эмоционально-аффективной сферы (депрессии, тревожные расстройства, дисфории, сумеречные расстройства, психозы, деменции, изменения личности), возникшие, в том числе, после перенесённых инсультов, травм головного мозга, опухолей и эндогенных метаболических интоксикаций у больных эпилепсией пожилого возраста, оказывают значительное влияние на модель поведения пациентов в повседневной жизни, эффективность реабилитации и качество жизни (Киссин М.Я., 2000; Калинин В.В., Железнова Е.В., 2005; Leppik I. E., Birnbaum A. K., 2010; McLaughlin D.P., Pachana N.A., McFarland K., 2010). В связи с ростом в популяции доли пациентов с эпилепсией пожилого возраста (Михайлов В.А., Дружинин А.К., 2014, 2015), нелекарственные нейрорепластические методы реабилитации приобретают всё большую значимость, позволяя снизить фармакологическую нагрузку на пациента в пожилом возрасте и добиться быстрого контроля над припадками и коморбидными психопатологическими нарушениями.

Методы и материалы: исследована группа больных с эпилепсией (101 пациент) старше 60 лет (56 мужчин, 45 женщин); больные в течение последних 3-5 лет перенесли различные поражения головного мозга (инсульты, травмы, опухоли, КПТЧ, нейроинфекции, эндогенные метаболические интоксикации головного мозга). Течение нозологического заболевания осложнилось развитием симптоматической, локально обусловленной эпилепсией. Средний возраст пациентов группы составил 63,00 года (60,0-65,0 лет). Характеристика этиологии симптоматической эпилепсии: последствия ОНМК – 61,5%, черепно-мозговые травмы – 19,2%, опухоли – 4%, нейроинфекции – 11,5%, метаболические эндогенные интоксикации – 3,8%. Время от перенесённого инсульта до развития симптоматической эпилепсии составило следующие данные: до 1 месяца – 15,4%, от 1 месяца до 1 года – 61,60%, от 1 года до 5 лет – 11,50%, больше 5 лет – 11,50%. Структура эпилептических приступов представляет следующую картину: сложные парциальные припадки – 48%, комплексные парциальные сложные припадки – 24%, простые парциальные припадки – 20%, генерализованные припадки – 4%, полиморфные генерализованные припадки – 4%. Всем пациентам было проведено стандартное неврологическое, нейровизуализационное, нейрофизиологическое обследование.

Транскраниальная микрополяризация проводилась при помощи аппарата для гальванизации, микрополяризации и электрофореза «Реамед-Полярис» (ТУ 944490-001-2312532-01; год выпуска – 2003). Ведущее место в структуре непсихотических психических расстройств (НПР) у исследованных нами больных эпилепсией пожилого возраста занимало **депрессивное расстройство в связи с эпилепсией [F06.362]** – (68,94%). Распределение других НПР было следующим: эмоционально-лабильное расстройство с тревожным синдромом, **F06.62** (21,97%), лёгкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией **F06.72** (4,54%), психотические депрессивные расстройства **F06.322** (4,54%). При исследовании симптоматической психопатологии по методике SCL-90-R, получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов GSI (General index of the severity of the symptoms) составил 1,21 баллов. Наибольшие различия отмечались в оценках по шкалам «соматизация», «обсессивность-компульсивность», «фобия», «депрессивность», «тревожность», «психотизм». У больных с помощью корреляционной матрицы шкалы SCL-90-R и метода уравнения ступенчатой множественной регрессии была установлена выраженная корреляционная связь между депрессией, тревожностью и общим индексом тяжести симптомов, а также рядом других психопатологических факторов. Показатели КЖ были достоверно ниже у больных, страдающих эпилепсией: суммарный физический компонент (PH), по данным SF-36, составил у них 36,2 балла, а психический компонент (MH) – 33,01 балла. При анализе внутривнутриструктурных связей матрицы опросника качества жизни SF-36 в группе пациентов эпилепсией выявлены прямые корреляционные связи между «суммарным физическим ком-

понентом здоровья (PH)» и показателями «физического функционирования (PF)», «интенсивности боли (BP)», «психического здоровья (MH)»; показателями «ролевое функционирование (RP)» – «интенсивность боли (BP)»; «интенсивность боли (BP)» – «психическое здоровье (MH)»; «общее состояние здоровья (GH)» – «социальное функционирование (SF)»; «социальное функционирование (SF)» – «ролевое функционирование (RP)», обусловленное «эмоциональным состоянием (RE)». Показатели «суммарного физического компонента здоровья (PH)» и «психического компонента здоровья (MH)» коррелируют со следующими субсферами КЖ: «физическое функционирование (PF)»; «психическое здоровье (MH)»; «физический компонент здоровья (PH)», «интенсивность боли (BP)». Общий суммарный балл КЖ, согласно данным опросника QOLIE-31, составил 82,27 баллов, что значительно ниже значений нормы ($p < 0,001$; критерий Манна-Уитни, тау Кендалла). Значимые отличия, с существенно более низкими оценками КЖ, были получены у больных с эпилепсией по таким субсферам, как «когнитивное функционирование»: 13,01 ($p < 0,001$), «боязнь приступов»: 39,47 баллов ($p < 0,001$), «боязнь антиэпилептических препаратов»: 1,59 ($p < 0,001$), до курса реабилитационных мероприятий. При сравнительном анализе конструкторов шкалы SCL-90-R и опросника КЖ QOLIE-31, методом ступенчатой линейной регрессии были получены достоверные данные о влиянии психопатологических факторов на сферы качества жизни. Установлены выраженные прямые и обратные корреляционные связи влияния депрессии и тревожности на такие сферы КЖ, как «эмоциональное благополучие», «социальные функции», «общее качество жизни». В нашем исследовании стратегия реабилитационного лечения базировалась на нескольких принципах воздействия на патологические процессы. Курс реабилитации включал медикаментозную и неинвазивную немедикаментозную терапию (ТКМП). Нейропластическая реабилитация проводилась при помощи инновационной технологии, с учётом пространственного, временного анализа «эпилептического мозга», по данным когерентного анализа спектральных характеристик мощности и кросс-корреляционных индексов фокальной активности амплитудных характеристик ЭЭГ: при помощи оригинальной методики транскраниальной микрополяризации (ТКМП), по «дефолтному алгоритму», которая была проведена всем пациентам с симптоматической эпилепсией ($N=101$). В ходе лечения (ТКМП) использовали аппарат для гальванизации, микрополяризации и электрофореза «Реамед-Полярис» (ТУ 944490-001-2312532-01; год выпуска – 2003). Режим процедуры: постоянный ток силой 200 микроампер; экспозиция – 30 минут; частота – 1 процедура ежедневно; курс – 2 недельных цикла. Расположение электродов: аноды в точках T3 и T4, катоды в точках P3 и P4. При данной схеме расположения электродов микрополяризационному воздействию в наибольшей степени подвергаются миндалевидный комплекс и хвостатое ядро – структуры, входящие в состав антиэпилептической системы мозга (Чепурнов С.А., Чепурнова Н.Е., 1981, 1993;

Вартанян Г.А. с соавт., 1981; В.А. Карлов, 2000; Богданов О.В., Шелякин А.М., 2008 и др.; Горелик А.Л. Нарышкин А.Г., 2011.). При оценке результатов лечения у больных эпилепсией пожилого возраста мы получили следующие данные, позволяющие говорить о положительном эффекте курса реабилитации, в том числе, направленном на уменьшение эмоционально-аффективных расстройств. Результаты реабилитации психопатологических синдромов в динамике (до и после реабилитации): личностная тревога – до лечения 51,19 балла и 46,83 послеситуативная тревога- 37,27 до лечения и 31,67 после(STAI, шкала Спилбергера-Ханина). Показатели депрессии (BDI, шкала Бека)- до лечения 34,81 и 14,67 балла после; HRDS, шкала депрессии Гамильтона-21,84 балла и 15,17 после; SCL-90R (симптоматический опросник психопатологических синдромов): Соматизация-1,53 и 1,125 после; Обсессивность-компульсивность – 1,51 и 1,01 после; Межличностная тревожность – 1,04 и 0,64 после; Депрессивность – 1,35 и 0,74 после; Тревога- 1,19 и 0,69 после; Фобия – 1,17 и 0,5 после; Паранойальность – 0,73 и 0,53; Психотизм – 0,73 и 0,25 балла после; Общий балл тяжести-1,21 и 0,72 после реабилитации. Общий суммарный балл качества жизни повысился с 82,27 до 109,48 (QOLIE-31), критерии Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни, статистически значимые различия, $p < 0,008$.

Выводы:

1. Применение методологии пространственно-временного, ориентированного воздействия на структуры головного мозга, с использованием транскраниальной микрополяризации, позволяет снизить проявления психопатологических синдромов в ходе реабилитации эпилепсии пожилого возраста и улучшить качество жизни.

2. В результате реабилитации с использованием ТКМП происходит распад ранее сформированных межполушарных связей (устойчивое патологическое состояние) и формирование новых нейронных сетей, коррелирующих с благоприятной клинической динамикой.

3. Нейропластическая терапия с использованием ТКМП позволяет добиться более быстрых результатов реабилитации непсихотических психических расстройств в пожилом возрасте при эпилепсии, с минимальными количествами противоэпилептических препаратов и антидепрессантов.

АКТИВНОСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ВРС У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дружинин А.К., Нарышкин А.Г., Михайлов В.А., Горелик А.Л.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Введение. В настоящее время проблема динамического контроля вегетативного статуса у больных с эпилепсией приобретает всё большее значение, в связи с

большим интересом к проблемам системного подхода к проявлению эпилептических припадков. Одним из методов, представляющих интерес для оценки вегетативной нервной системы, является анализ variability ритма сердца (ВРС), как возможный нейрофизиологический скрининг баланса парасимпатической и симпатической нервных систем, оказывающих эрготропное и трофотропное воздействие на церебральные механизмы развития эпилептических состояний, формирующих взаимодействия лимбико-ретикулярного комплекса и гипоталамических структур в организации противоэпилептической защиты.

Цель исследования: определить наиболее общие и специфические нейрофизиологические характеристики, по данным спектрального и временного анализа variability ритма сердца у больных эпилепсией пожилого возраста, выявить возможные достоверные показатели активности симпатической и парасимпатической нервной системы, оказывающих влияние на течение заболевания.

Материалы и методы исследования. Исследовано 101 пациент пожилого возраста. Все в течение последних 3-5 лет перенесли ОНМК, травмы и нейроинфекции, опухоли головного мозга, течение основного заболевания осложнилось симптоматической локальной эпилепсией. Средний возраст пациентов группы с ЭПВ составил 63,00 года (60,0-65,0 лет). Всем пациентам было проведено стандартное неврологическое, психологическое, нейровизуализационное, нейрофизиологическое обследование. ВРС регистрировали с помощью аппаратно-программного комплекса «Нейрософт-ВНС» (Россия) по стандартной методике. Запись осуществляли по стандартной методике записи ЭКГ регистрации, с обработкой программой «Психо-тест». В ходе исследований анализировали показатели ВРС по временным и частотным характеристикам R-R интервалов, что позволяет оценить направленность вегетативного тонуса и характер симпатико-парасимпатических соотношений, определялись спектральные характеристики составляющих, или пиков (низкочастотная LF=0,04-0,15 Гц; очень низкочастотная – VLF=0,01 Гц и высокочастотная – HF, диапазон 0,15-0,4 Гц.). За формирование HF-компонента отвечает эфферентная вагальная активность; LF-компонента обеспечивается влиянием симпатического отдела. VLF-компонента считается маркером церебральных эрготропных систем. Также определялись качественные показатели вегетативного тонуса: мода (Mo), вариационный размах (BP), амплитуду моды (AMo), индекс вегетативного равновесия (ИВР), вегетативный показатель ритма (ВПР), индекс напряжения регуляторных систем (ИН).

Результаты. При оценке данных ВРС у больных эпилепсией пожилого возраста мы получили следующие результаты в фоновой записи (в положении лёжа): общая мощность спектра составила 1412,91 ms^{-2} (норма=3466), мощность низкочастотной спектральной составляющей LF=488,45 ms^{-2} (норма=810), мощность высокочастотной составляющей HF= 942 ms^{-2} (норма=540-1113), мощность очень низкочастотной составляющей VLF=734,58 ms^{-2}

(норма=1677-2887 мс²). Процентное распределение частотных спектральных составляющих, пиков вегетативного баланса представлена следующими данными: VLF=50,68%, LF=38,17% (норма=59-65%), HF=11,13% (норма=35-40%). Качественные показатели ВРС следующие: Мо=0,84 (норма=0,61), АМо=57,64 (норма=40), ИН (индекс напряжения) в пределах возрастной нормы=158,44; ИВР (индекс вегетативного равновесия) 211.11, что указывает на повышенный уровень вагусного влияния (норма =363,6); ВПР (вегетативный показатель ритма) 4.6 (при норме=9.76), что также подтверждает парасимпатическое влияние.

При перемене положения тела вертикально (ортоstaticкая запись) мы получили следующие данные: общая мощность спектра составила 995,91 мс² (норма 3466), мощность низкочастотной спектральной составляющей LF=405,45 мс² (норма=810), мощность высокочастотной составляющей, HF=230,81 мс² (норма=540-1113), мощность очень низкочастотной составляющей VLF=359,70 мс² (норма=1677-2887 мс²). Процентное распределение частотных спектральных составляющих, пиков вегетативного баланса представлена следующими данными: VLF=42,68%, LF=39,18% (норма=59-65%), HF=18,07% (норма=35-40%). Качественные показатели ВРС стоя (ортопозиция) следующие: Мо=0,80 (норма=0,61), АМо=67,47 (норма=40), ИН индекс напряжения в пределах возрастной нормы=270,74; ИВР (индекс вегетативного равновесия) 291.11, что указывает на повышенный уровень вагусного влияния (норма =363,6); ВПР (вегетативный показатель ритма) 6.16 (при норме=9.76), что также подтверждает парасимпатическое влияние. Оценивая результаты тонуса и активности вегетативной нервной системы (ВНС) по данным ВРС (лёжа и стоя), мы приходим к следующим выводам: наблюдается снижение общей активности и мощности работы ВНС, то есть имеются явления астенизации и снижения адаптации, что проявляется уменьшением активности симпатической регуляции, повышением уровня парасимпатической составляющей (ваготония), ухудшением работы церебральных эрготропных систем, но сохраняется на низких значениях индекс напряжения регуляторных механизмов ВНС. Реактивность парасимпатической системы достаточно высокая, при сниженных показателях симпатической регуляции.

Выводы. При оценке ВРС методом временного и частотного анализа у больных эпилепсией пожилого возраста имеются признаки повышенного влияния парасимпатической нервной системы на баланс вегетативной нервной системы, что подтверждает влияние эпилептического процесса на состояние нейронных связей различных областей коры головного мозга и лимбико-ретикулярного комплекса с системой гипоталамуса, по принципу обратной связи тормозных влияний. У больных с эпилепсией в пожилом возрасте значительно снижаются показатели активности ВНС, с компенсаторной тенденцией к ваготонии, то есть к сдвигу баланса ВНС в сторону трофотропного состояния системы. Тонус ВНС с превалированием регуляции в сторону вагоинсулярной компенсаторной реакции возможно говорит об охранительных механиз-

мах защиты гипоталамусом кортикального уровня активности, то есть о своеобразной «барьерной» функции «отсечения» афферентной информации анализаторов для предотвращения возможного эпилептического припадка. Нейрофизиологическая картина активности ВНС и головного мозга, полученная методом оценки вариабельности ритма сердца, позволяет предположить наличие парасимпатических надсегментарных влияний на течение эпилептического процесса у пациентов с симптоматической эпилепсией в пожилом возрасте.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОССИЙСКОЙ И БРИТАНСКОЙ МОДЕЛЕЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ: ОБЩЕГО БОЛЬШЕ, ЧЕМ РАЗЛИЧИЙ

**Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В., Селькин М.Д.,
Гуреева И.Л., Гомзякова Н.А.**

*Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург*

На сегодняшний день крайне актуальным является вопрос разработки эффективных программ нейрореабилитации неврологических больных, при этом, одним из основных направлений является восстановление высших психических функций. В 2015-2016 гг. на базе Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова был организован совместный российско-британский обучающий семинар для медицинских психологов, посвященный актуальным проблемам нейропсихологии и нейрореабилитации. В течение 4 модулей ведущие отечественные специалисты, а также британские коллеги читали лекции и проводили клинические разборы и научные дискуссии.

Данный курс позволил сформировать представление о модели, успешно реализованной в Великобритании в системе лечебно-восстановительных мероприятий для неврологических больных. В Великобритании опираются на биопсихосоциальный, целостный или холистический подход, характеризующийся комбинированием индивидуального и группового лечения, сочетанием работы по восстановлению когнитивных функций и психотерапевтического воздействия.

Мультидисциплинарный подход в медицине – не новость для нашей страны. Впервые о нем говорил еще В.М. Бехтерев при создании психоневрологического института в Петербурге в начале XX века. Сравнительный анализ британской и российской моделей нейропсихологической реабилитации показал, что общих черт (основные задачи, принципы и методы) в них гораздо больше, чем различий. Реализация нейрореабилитационной программы видится как комплексная задача, требующая участия бригады специалистов, где каждый имеет ряд специфических и ряд взаимозаменяемых функций, например, ответственность за пациента может нести любой из специалистов в составе мультидисциплинарной

бригады. Выстраивание программы реабилитации, выбор основной стратегии и средств подчинено совместно выработанной цели, позволяющей решать практические задачи социального включения пациента. Определение реабилитационного потенциала, включение пациента и его семьи в реабилитационный процесс позволяет поддерживать мотивацию, предупреждать эмоциональные нарушения, повышать качество жизни пациентов.

В целом, российско-британский диалог получил конструктивным и полезным для всех специалистов, были сделаны первые шаги в достижении взаимопонимания при, казалось бы, столь разных теоретических подходах и взглядах. В настоящий момент представляется актуальным дальнейшее взаимодействие российских и зарубежных нейропсихологов, направленное на развитие современного диагностического инструментария. Перспективной может быть адаптация новых психодиагностических методик на отечественной популяции. Необходим поиск критериев, позволяющих оценивать эффективность реабилитационного процесса. Малоприменимым в условиях российской действительности пока являются: разработка программ оказания реабилитационной помощи на дому, активное привлечение и включение родственников и семей в реабилитационный процесс, преемственность реабилитационных целей и мероприятий между учреждениями здравоохранения и органами социальной защиты, центрами социальной реабилитации инвалидов.

ФАКТОРЫ РИСКА МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЗОНАХ ПРИАРАЛЬЯ

Киличев И.А.

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Ургенч, Республика Узбекистан*

Сосудистая патология головного мозга, особенно вопросы их профилактики, является одной из актуальных проблем современной медицинской науки. Для организации эффективной профилактики и успешной борьбы с цереброваскулярными заболеваниями большое значение имеет изучение их распространенности, частоты, смертности, и факторов риска. Одним из важных аспектов этой проблемы является изучение факторов риска мозгового инсульта. В настоящее время выделено несколько десятков факторов риска, одни из которых предрасполагают, а другие реализуют острое цереброваскулярное заболевание. Однако в этом ряду ведущее место отводится эндогенным факторам, а из экзогенных – чаще учитываются только социально-бытовые [3, 4, 6].

Между тем хорошо известно, что в совокупности факторов, влияющих на частоту мозговых инсультов, определенную роль играют климато-географические факторы [1, 2]. Именно они, в отличие от других факторов риска, воздействуют в одинаковой мере на все субъекты, независимо от возраста, пола, социального статуса, исходных индивидуальных психобиологических особенностей

организма. Реакция же организма в ответ на изменения климато-погодных условий зависит от адаптационных возможностей и реализуется через вегетативную нервную систему. Поэтому в последние годы все большее значение придается факторам окружающей среды. Установлено, что в возникновении, течении и исходах мозговых инсультов существенную роль играют климатические условия. При этом отмечено, что влияние метеорологических факторов на организм строго специфично для каждого региона, так как каждый из них отличается своими климато-географическими особенностями. В последние годы подавляющее большинство исследователей признают влияние на организм не отдельных ингредиентов погоды, а всего сложного механизма метеорологического комплекса и его резких колебаний.

Цель исследования: изучить структуру заболеваемости и влияние комплекса погодно-климатических факторов на течение и исходы мозговых инсультов в экологически неблагоприятных зонах Приаралья.

Материал и методы. Для решения поставленной задачи нами проанализировано 427 больных с мозговыми инсультами (из них 174 выявлено во время регистра), принимавших стационарное лечение в Хорезмском филиале РНЦЭМП. Из них мужчин было 236 (55,2%), женщин – 191 (44,8%). Средний возраст больных составил 57,3 лет (у мужчин – 56,7, а у женщин – 58,2).

Сведения о погодных факторах по г. Ургенчу за 2012 год были получены из метеостанции г. Ургенча. Известно, что в естественных условиях на организм влияют не отдельные метеофакторы, а весь комплекс климато-погодных факторов. Поэтому для изучения влияния климато-погодных факторов использовали морфодинамические классификации погоды И.И. Григорьева в соавт. (1974 г). Все разнообразие погодных условий по сумме и динамике барико-циркуляционных, электрометеорологических и гелиогеофизических показателей, классифицированы в четырех медицинских типах погоды: из которых I и II типы в метеопатологическом отношении относятся к благоприятным типам погоды, а III и IV типы – к неблагоприятным.

При изучении влияния различных эффектов атмосферы использовали классификацию В.Ф. Овчаровой.

На основании многолетних исследований В.Ф. Овчаровой, с учетом характера изменения и сочетания метеорологических факторов, а также атмосферных циркуляций, разработаны следующие метеорологические эффекты атмосферы:

- гипотензивный – при разрушении антициклона, приближении теплового атмосферного фронта;
- гипоксический – при установлении области низкого атмосферного давления в зоне теплого атмосферного фронта (циклон, ложбина, БОНД);
- тонизирующий – при приближении холодного атмосферного фронта;
- спастический – при установлении области высокого атмосферного давления в зоне высокого атмосферного фронта (гребень, отрог, БОНД);

- сочетание нескольких эффектов при сочетании теплового и холодного атмосферного фронтов.

Результаты. Для получения более достоверных данных о структуре заболеваемости мозговыми инсультами нами в 2012 г. (с 01.01.12 по 31.12.12 включительно) в г. Ургенче (Хорезмский вилоят) проведен регистр мозгового инсульта.

Регистрации подлежали все новые и повторные случаи мозгового инсульта, развившиеся в период наблюдения у постоянных жителей изучаемого района, независимо от возраста и пола заболевшего.

За год исследования среди жителей Ургенча (136664 чел. 2012г) выявлено 174 новых случаев мозгового инсульта (включая повторные у одних и тех же больных), среди них 88 (45,8%) мужчин и 86 (54,2%) женщин. Средний возраст больных составил 57,3 лет (у мужчин – 56,7 лет, у женщин – 58,2).

Причиной острых нарушений мозгового кровообращения в 58% случаев была гипертоническая болезнь, в 15,2% – атеросклероз сосудов головного мозга, в 15,8% – сочетания атеросклероза церебральных сосудов с гипертонией, в 11% – ревматический васкулит, аневризмы сосудов головного мозга, сахарный диабет и др.

Анализ случаев мозговых инсультов, в зависимости от характера нарушений мозгового кровообращения, показал, что инфаркт мозга был у 142 (81%) больных, кровоизлияние в мозг – у 28 (16%) субарахноидальное кровоизлияние – у 4 (3%).

Частота всех случаев мозгового инсульта на 1000 населения составила 1,27; а на 1000 взрослого населения (старше 20 лет) – 1,99. Анализ общей частоты случаев мозгового инсульта показал, что как среди мужчин, так и среди женщин отмечено статистически достоверный ($P < 0,01$) рост заболеваемости в возрастных группах 45-49 лет и 60-74 лет, по сравнению с другими возрастными группами.

Заболеваемость мозговыми инсультами у мужчин выше, чем у женщин во всех возрастных группах.

Изучение заболеваемости населения, в зависимости от характера мозговых инсультов, показало, что средняя годовая заболеваемость ишемическим инсультом (1,03 случая на 1000 жителей в год) была в 5,1 раз выше заболеваемости кровоизлияния в мозг (0,2), и в 51 раз выше заболеваемости субарахноидального кровоизлияния (0,02).

Для более детального изучения структуры, факторов риска и сезонности мозговых инсультов нами проанализировано 253 историй болезни больных с мозговыми инсультами, принимавших стационарное лечение в Хорезмском филиале РНЦЭМП в 2012-2013 гг. Из них мужчин было 148 (58,5%), женщин – 105 (41,5%). Средний возраст больных составил 57,3 лет (у мужчин – 56,7, а у женщин – 58,2).

Исследование показало, что наибольшее число больных было в возрасте от 60 до 74 лет (43,4%) и от 45 до 59 лет (40%), больные в трудоспособном возрасте (от 20 до 59 лет) составили 52,6%.

Анализ, проведенный в зависимости от возраста больных, показал, что гипертоническая болезнь чаще наблюдалась у больных в возрасте от 45 до 59 лет (54,0%) и преобладала в трудоспособном возрасте (от 20 до 59 лет) – 68,3%.

Атеросклероз и его сочетания с гипертонией преимущественно наблюдались в возрастной группе от 60 до 74 лет (соответственно 82,0% и 80,3) и число больных ими преобладало в возрастных группах старше 60 лет (соответственно, 90,6% и 94,5%).

У мужчин мозговые инсульты чаще наблюдаются в возрасте от 45 до 59 лет (43,5%), а в трудоспособном возрасте (до 59 лет) составили 55,9%.

У женщин большинство больных были в возрасте от 60 до 74 лет (46,8%) и преобладало число больных старше 60-летнего возраста – 52,6%.

Дальнейшее изучение показало, что гипертоническая болезнь являлась причиной кровоизлияния в мозг в 72,3% случаях, субарахноидального кровоизлияния в мозг – в 64,7%, инфаркта мозга – в 55,3%. Атеросклероз церебральных сосудов, в основном, служил причиной инфаркта мозга в 18,6%, его сочетание с гипертонией наблюдалось при субарахноидальном кровоизлиянии в 23,5%, кровоизлиянии в мозг – в 19,2%, при инфаркте мозга – в 14,8%.

Инфаркт мозга чаще наблюдали в возрастных группах от 45 до 59 лет и от 60 до 74 лет (соответственно 41,5% и 41,5%) и число случаев преобладало у больных в возрасте до 59 лет (54,4%). Кровоизлияние в мозг и субарахноидальное пространство чаще отмечалось в возрасте от 60 до 74 лет (соответственно 51,1% и 58,8%) и число больных преобладало в возрасте старше 60 лет (соответственно 53,2% и 58,8%).

На основании изменчивости основных метеорологических факторов (температура воздуха, атмосферное давление, скорость ветра, относительная влажность) мы определили типы погоды и эффекты атмосферы. Нами выявлено, что в Ургенче за 2012 год отмечено 172 дней с неблагоприятными типами (III-IV) погоды.

Изучение возникновения мозговых инсультов в зависимости от типов погоды выявили, что заболеваемость достоверно (0,05) выше в дни с III-IV типами погоды (1,4).

Для определения частоты встречаемости дней неблагоприятных по типам погоды, ежемесячных и сезонных, мы проводили их ежемесячный анализ. При этом установили, что наибольшее число неблагоприятных дней было в январе – 17, феврале – 21, марте – 23, мае – 16 и декабре – 19.

Как отмечено выше, 65% (240) случаев мозгового инсульта произошло в дни с неблагоприятными типами (III и IV типы) погоды. При распределении числа случаев мозгового инсульта по месяцам, в зависимости от даты развития их, установлено, что наиболее высокий процент заболеваемости наблюдается в январе 14,5%, феврале – 10%, марте – 11,0%, мае – 11% и декабре – 9%, а наименьшие показатели в июне – 3% и ноябре – 4,6%.

В соответствии с поставленной задачей, мы сопоставляли показатели ежемесячного распределения числа случаев мозгового инсульта с показателями неблагоприятных дней (дни с III и IV типами погоды). При этом выявили, что динамики числа случаев мозгового инсульта по месяцам почти совпадает с динамикой числа дней с III и IV типами погоды. Например: увеличение числа случаев мозгового инсульта в январе (14,5%), феврале (10%), марте (11,0%), мае (11%) и декабре (9%) соответствуют увеличению числа дней с III и IV типами погоды в эти месяцы (соответственно в январе – 17, феврале – 21, марте – 23, мае – 16 и декабре – 19).

Необходимо отметить, что некоторое увеличение заболеваемости в июле и августе, возможно, связаны с гипоксическим эффектом атмосферы. Как известно для Хорезмской области в летнее время характерно возникновение термической депрессии. Для такого синоптического состояния характерно сочетание очень высокой температуры (до 30°C и выше утром и до 40-45°C днем), чрезвычайно низкой влажности и низкого атмосферного давления, которые обуславливают гипертермическую и гипобарическую гипоксию. Например: с 18/УП-2012 г. по 19/УП – 2012 в городе Ургенче температура воздуха была +39-41°C, относительная влажность 40-43% и атмосферное давление 746 м бар. За эти 2 дня отмечено 2 случая мозгового инсульта.

Дальнейший анализ 172 неблагоприятных дней (III-IV типы), в зависимости от характера изменения метеорологических факторов и их сочетания показало, что 11 (6,4%) дня были с гипотензивным эффектом атмосферы, 84 (48,7%) – гипоксическим, 69 (40,3%) – спастическим и 8 (4,6%) – тонизирующим.

Анализ заболеваемости мозговыми инсультами в зависимости от эффектов атмосферы показал, что среднесуточные показатели заболеваемости мозговыми инсультами достоверно выше при спастическом (1,47) и гипоксическом (1,42) эффектах атмосферы. При этом наиболее низкие показатели отмечены при тонизирующем (0,9) эффекте атмосферы.

При изучении влияния эффектов атмосферы на частоту возникновения мозговых инсультов в зависимости от их причин, установлено, что мозговые инсульты, как при гипертонической болезни, так и при атеросклерозе церебральных сосудов чаще наступали при спастическом и гипоксическом эффектах атмосферы.

На основании данных литературы (1,2) и результатов наших исследований можно представить следующие пути развития метеотропных реакций. Первый из них заключается в том, что неблагоприятные изменения погоды вызывают комплекс специфических и неспецифических сдвигов в организме людей, не страдающих какими-либо острыми или хроническими болезнями. В этом случае метеорологические факторы выступают в роли основной причины страдания, при этом можно говорить о метеотропной болезни или метеотропной реакции. Второй путь состоит в том, что под влиянием изменений погоды симптомы заболевания или патологические процессы, которые

уже существуют у больных, усиливаются или проявляются (манифестация патологических процессов). Третий путь – это физиологическая адаптация к непривычным климатическим факторам, то есть процесс, связанный с выработкой нового стереотипа внутренних реакций.

Выводы:

1. Мозговые инсульты в регионе Приаралья характеризуются преобладанием больных трудоспособного возраста, и основными причинами всех форм мозговых инсультов является гипертоническая болезнь.

2. Из всех форм инсультов преобладает ишемический и он чаще наблюдаются в трудоспособном возрасте, а геморрагический – после 60 лет.

3. Увеличение числа мозговых инсультов и возникновение метеорологических реакций в дни с III-IV типами погоды являются результатом влияния на организм не отдельных факторов, а всего комплекса погодноклиматических условий.

4. Наиболее неблагоприятными месяцами в Ургенче для больных с цереброваскулярными заболеваниями являются январь, февраль, март, май и декабрь, а критическими днями являются дни с III-IV типами погоды со спастическим и гипоксическим эффектами атмосферы.

Литература:

1. Андропова Т.И., Деряпа Н.Р., Соломатин А.П. Гелиометеотропные реакции здорового и больного человека.- Л.: Медицина, 1982-246 с.

2. Ассман Д. Чувствительность человека и погода – Л.: Гидрометеоиздат, 1986.-248 с.

3. Гафуров Б.Г., Аликулова Н.А., Лукашевич А.Л. и др. Клиническая структура мозговых инсультов в отдельных регионах Республики Узбекистан по материалам анализа «Регистра мозгового инсульта» / Неврология.- 2000.- № 2.-С.6-8.

4. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2003. – Вып.8 – С.4-9.

5. Рахимбаева Г.С., Мусаева Ю.А., Курамбаева С.Р., Кусаева Д.М. Особенности этиологии и диагностики ишемического инсульта у молодых пациентов // Неврология.-2010.- № 4.-С.119.

6. Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика / З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В. Верещагин. 2-е изд., доп и перераб.- М.: Медпресс-информ, 2009.- 352 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Киличев И.А.

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Ургенч, Республика Узбекистан*

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга – является не только медицинской но и социаль-

ной проблемой из за сравнительно большого распространения, плохого прогноза, отрицательного влияния на жизненный образ больных и сравнительно малой эффективности лечебных мероприятий. По литературным данным, заболеваемость эпилепсией составляет 50-70 на 100 тыс. человек, и во всем мире насчитывается более 40 млн. больных. Зарегистрировано, что 70-80% эпилептических припадков начинается до 20 лет и в 5-10 раз чаще встречается у детей.

Несмотря на многовековую историю развития учения об этом заболевании, все его основные разделы остаются еще несовершенными, находятся в стадии разработки либо являются дискуссионными. Речь идет об этиологии и патогенезе эпилепсии, клинических проявлениях и классификации, критериях позитивной и дифференциальной диагностики, лечении и профилактике заболевания. В связи с этим, успехи современной эпилептологии еще не удовлетворяют мировое сообщество. Так, например, лишь у 60% больных эпилепсией удается достигнуть контроля эпилептических припадков (ЭП), еще у 10-20% можно получить положительный результат с некоторыми побочными эффектами. Количество резистентных к лечению достигает 40%, и около 20% детей больных эпилепсией становятся инвалидами и утрачивают обучаемость вследствие частых тяжелых припадков и выраженных нарушений психики [Искандер М.Б., 1993]. Более того, международный конгресс по эпилепсии 1995 г. констатировал, что за последние 30 лет заболеваемость, количество больных эпилепсией и количество резистентных к лечению наблюдений не снижаются, и это несмотря на внедрение в практику более десятка новых мощных антиэпилептических препаратов (АЭП) и современную технологию их применения, допускающую назначение субтоксических доз препарата в надежде получить ремиссию по припадкам или стабилизацию процесса. В происхождении эпилептических припадков имеют большое значение наследственные факторы вместе с отрицательными факторами возникающих в период беременности, родов и в послеродовом периоде (инфекционно-аллергические болезни, ЧМТ, различные отравления). Выявление причин возникновения эпилепсии и ее вида припадков имеет большое значения в определении методов лечения. Выбор противоэпилептических лекарств дает большую эффективность если учитывать причину заболевания, виды припадков и индивидуальные особенности больного.

Цель. Исследование структур эпилептических припадков, этиологии, клинических и параклинических показателей у детей, живущих в неблагоприятных условиях на территории Аральского моря.

Материал и методы исследования. Было исследовано истории болезни 70 больных в возрасте от 1 до 14 лет, лечившихся в неврологическом отделении Областного детского многопрофильного медицинского центра в 2011-2012 гг. 41 (59%) больных составляют мальчики, а 29 (41%) составляют девочки. Из них десять больных были до 3 лет, 17 от 4 до 6 лет и остальные 43 от 7 до 14 лет. В

больнице всем больным кроме клинко-неврологических обследований проводились также общий анализ крови, определения уровня кальция в крови, исследования глазного дна, ЭЭГ, ЭхоЭГ и КТ.

Результаты и обсуждение. При исследовании причин болезни обнаружено, что у родителей 22 (31%) больных были похожие припадки. Выявлено что в 44(63%) случаев причинами возникновения припадков были различные заболевания. Среди них у 17 (37%) больных обнаружено ММД, у 11 (24%) различные неврологические заболевания (ДЦП, менингоэнцефалит, травмы головного мозга и т.д.) у 15 (33%) фебрильные судороги и у 3 (6%) гипокальциемия, а у остальных 4 (6%) больных причины возникновения болезни не выявлены.

При анализе припадков по характеру у наблюдавшихся больных обнаружено что у 65 (93%) диффузные а у 5 (7%) очаговые припадки. У 60 (80%) больных с диффузными припадками обнаружено большие припадки, а у 5 (7%) малые припадки. У 3 (4%) больных с очаговыми припадками наблюдалась вторичная генерализованность. При анализе видов больших припадков выявлено, что 81% – в основном, в виде тонико-клонических, а остальные 19% в виде тонических припадков.

Из результатов стало ясно, что у 80% больных длительность припадков продолжается до 2-5 мин. Кроме этого, у 67% больных припадки наблюдаются очень редко, а у остальных 33% припадки повторяются один за другим.

При исследовании эффективности методов лечения выяснилось, что 45% больных принимали вольпротовую кислоту, 30% карбамазепин, 22% бензонал и 3% фенобарбитал. Следует подчеркнуть, что 12% больных принимали комбинацию двух видов антиконвульсантов. Кроме этого больным назначались витамины, нейропротекторы, антигипоксанты и препараты, улучшающие кровообращения мозга. В результате проведенных лечебных мероприятий было достигнуто прекращение припадков у 46% и урежение припадков у 54% больных. При этом следует подчеркнуть, что более 90% больных, у которых приступы прекратились, принимали вольпротовую кислоту или карбамазепин. А у больных с продолжающимися припадками этот показатель составляет 64% .

В целях уточнения диагноза и определения эффективности проводимых методов лечения всем больным проведены параклинические методы исследования. При исследовании ЭхоЭг, у 36% больных была выявлена внутричерепная гипертензия. Смещение средних структур и дополнительных эхо сигналов не наблюдалось.

Для обнаружения эпилептических припадков ЭЭГ имеет большое значение. Из обследованных у 91,5% больных выявлена эпилептичность. При этом, на электроэнцефалограмме у этих больных зарегистрированы гипсоаритмия, острые волновые и медленноволновые активности. Исходя из ЭЭГ анализа, были выявлены очаги эпилептичности у 4 больных в области лба, у 9 в области виска, у 30 в затылочной области, а у остальных 21 – в виде диффузного распространения.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что эпилептические припадки детей, в основном, симптоматического характера и их основными причинами являются различные черепно-мозговые травмы, полученные в пре- и перинатальном периодах. Основная часть припадков является диффузными большими припадками, в основном, в виде тонико-клонических. В результате проведенных методов лечения у 46% больных добились прекращения припадков. По нашему мнению, причинами низкой эффективности лечения является неадекватное применение лекарств в низких дозах и несистематический и нерегулярный прием.

Выводы:

1. Учитывая что эпилептические припадки детей, в основном, симптоматического характера и их основными причинами являются различные черепно-мозговые травмы, полученные в пре и перинатальном периодах, следует обратить внимание на профилактику ЧМТ детей в период родов и беременности у женщин.

2. В целях повышения лечебной эффективности рекомендуется применение современных высокоэффективных антиконвульсантов, имеющих относительно меньше побочных эффектов.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

**Коцюбинская Ю.В.¹, Сафонова Н.Ю.¹,
Ашнокова И.А.¹, Лопушанская Т.А.²**

¹Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева

²Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург

Введение. Согласие, терапевтический альянс между врачом и пациентом в настоящее время крайне актуален. Особенно остро проблема повышения эффективности взаимодействия с пациентами встает у врачей, работающих с так называемыми «трудными» больными, к числу которых традиционно относят пациентов с хроническим болевым синдромом в орофациальной области, в частности, с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СБД ВНЧС (МКБ – K07.60)).

Ключевой особенностью данного заболевания является боль и, именно наличие или отсутствие боли в орофациальной области, является критерием выздоровления. Врачу крайне важно понимать, что боль оказывает на человека многомерное воздействие, изменяя сенсорную, аффективно-эмоциональную и когнитивно-поведенческие сферы [8].

Многие исследователи предполагают, что ряд культуральных [7], психосоциальных [4, 5] и психопатологических факторов, таких как депрессия, тревога, состояние внутреннего напряжения, алекситимия (трудности в описании или признании своих эмоций, скудость в эмоциональной и фантазийной жизни), катастрофизация

(преувеличение негативных последствий боли, навязчивые мысли о ней, восприятие боли как серьезной угрозы и т. п.) играют значительную роль в формировании и хронизации СБД ВНЧС, а также затрудняют получение врачом положительного ответа на адекватную патогенетическую терапию [6, 9].

Комплаенс имеет сложную структуру, которую составляют три функциональных блока: сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения; логический блок представлен системой оценок и суждений для объяснения необходимости лечения и его эффектов; поведенческий сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы [1].

Взаимодействие «врач-пациент» при хронических болях изменяется на всех трех блоках за счет выявленных особенностей копинг-стратегий пациентов, их психо-эмоциональных особенностей, что не может не влиять негативно на результаты лечения. Основой для психологической характеристики комплаентности является внутренняя картина болезни, отражающая психологические характеристики пациента.

По мнению ряда исследователей, весьма однородны данные, касающиеся дезадаптивных вариантов личностного реагирования на боль и способов совладания с нею. К этой категории реагирования, как правило, относят пассивные копинг-стратегии, повышение либо существенное снижение социальной активности, игнорирование боли.

Больной является «субъектом» лечебного процесса, поскольку от его активности, адекватности и целенаправленности поведения во многом зависит эффективность терапии и ее результаты. Пассивный стиль совладания с жизненными ситуациями является фактором развития депрессии и инвалидизации при хроническом болевом синдроме вне зависимости от интенсивности болевых проявлений.

Цель исследования: анализ клинических и психологических факторов, определяющих степень удовлетворенности лечением пациентов с хроническим болевым синдромом в орофациальной области.

Материалы и методы. Было обследовано 98 пациентов с СБД ВНЧС в возрасте от 25 до 67 лет (средний возраст 47,79±1,74) из них 13 мужчин и 85 женщин, осмотренных неврологом и психологом отделения реабилитации психоневрологических больных ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург.

Комплекс психологических методик включал в себя «Опросник объективизации степени влияния заболевания стоматологического профиля (в том числе и СБД ВНЧС) на качество жизни» и степень удовлетворенности лечением (Модифицированный вариант опросника А.Cushingetal.), чек-лист SCL-90 (Symptom Check List-90-Revised- SCL-90-R), репертуар психологических защитных механизмов (копинг-механизмов) в эмоциональной и поведенческой сферах [Lazarus R., Folkman S., 1984].

При математической обработке материала использовались методы описательной статистики и проверки нормальности распределения (меры центральной тенденции, меры изменчивости, критерий Колмогорова-Смирнова); методы сравнения (непараметрический критерий U-Манна-Уитни), кластерный анализ (Complete Linkage).

Результаты. Пациенты исследуемой группы предъявляли жалобы на лицевые и головные боли различной локализации, в том числе и наличие локальной болезненности («триггерных» мышечно-тонических паттернов, боли в области шейного отдела позвоночника, чувство напряжения в области висков (*m. temporalis*), а также боковых поверхностей лица (*m. masseter*) и шеи (*m. platizma*, *m. sternocleidomastoideus*, *m. trapezius*) не окрашенных болью, напряжение мышц лица (в области жевательной мускулатуры, колебание фона настроения (с тенденцией к снижению), нарушение сна, повышенную общую физическую утомляемость, боль и утомляемость в мышцах лица при жевании, разговоре. При анализе жалоб у 62% обследованных больных выявлены прозопагии, у 38% – мышечно-тонический синдром.

Общий уровень выраженности психопатологической симптоматики у пациентов повышен ($M \pm m = 45,37 \pm 2,41$), но, не достигает невротического ($57,04 \pm 3,10$). При этом среднее значение в группе по шкале SCL-90-R по обобщенным шкалам второго порядка составляют: общий индекс тяжести симптомов (GST) – 0,759, при (при норме 0,51), индекс наличного симптоматического дистресса (PTSD) – 1,512 (при норме 1,17), общее число утвердительных ответов (PST) – 42,16 (при норме 21,39). Индексы второго порядка предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус пациента.

Интерпретируя полученные результаты можно констатировать, что в исследуемой группе пациентов выявляются отличные от здоровой популяции показатели невротизма, тревоги и депрессии [2]. Проявления эти носят в большинстве случаев субклинический характер и на практике представляют собой ряд соматизированных жалоб и легкую тревогу, а также критику к своему внешнему виду. У 4 пациентов было диагностировано соматизированное депрессивное расстройство различной степени выраженности. Анализ клинических данных показал, что исследуемая группа отличается однородностью представленных жалоб и симптомов, за исключением небольшой подгруппы пациентов, предъявляющих повышенные, до степени невротических жалобы, уровень по показателям «фобическая тревога». Таким образом, длительно беспокоящие боли, в виде прозопагий, а также мышечно-тонический синдром в орофациальной области приводят к напряжению психопатологического состояния и значительно снижают эффективность лечения.

Анализ полученных данных, по методике Лазаруса, показал следующие особенности копинга:

- для пациентов с хронической болью характерно преодоление негативных переживаний в связи с трудно-

стями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При такой стратегии избегания часто могут наблюдаться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях.

- Также особенностью таких больных является то, что разрешение проблем зачастую происходит за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий (стратегия конфронтации). Такой стратегический подход рассматривается как неадаптивный, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы.

- Больные с хронической болью склонны преодолевать негативные переживания в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Для них характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т.п.

Методом кластерного анализа проведена группировка полученных данных с учетом степени удовлетворенности лечением. Выявлены следующие характеристики группы:

- Пациенты с хронической болью склонны к ограничению социальных контактов.

- Психо-эмоциональный фон характеризуется при этом тревогой, депрессией, враждебностью, формированием навязчивостей.

- Копинг стратегии при хроническом болевом синдроме имеют неконструктивный характер.

Выводы. Таким образом, в переживаниях и в поведении пациентов, адаптационные ресурсы которых не позволяют им успешно преодолевать дискомфорт и болевые ощущения, что определяет усиление болевых симптомов, существенное снижение качества жизни, формирование стереотипов ограничительного поведения, развитие сопутствующих депрессивных расстройств и нарушений социальной адаптации, можно выделить следующие общие темы: страх боли, чувство беспомощности, капитуляция перед болью. Психологический анализ особенностей поведенческого рисунка пациентов в проблемных ситуациях позволяет спрогнозировать успешность адаптации к болезни и оценить риск неблагоприятной динамики заболевания.

Литература:

1. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. *Опросник «Уровень комплаентности»: монография.* – Владивосток: Мор.гос. ун-т, 2014. – 74 с.

2. Лопушанская Т.А., Коцюбинская Ю.В., Михайлов В.А., Ашнокова И.А. *Методы обследования психосоматического статуса больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Учебно-методическое пособие.* – СПб. Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. – 45с.

3. Трифонова Е.А. Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – № 145. – С. 96-108.

4. Daniel R., Mike T. John, O.Schierz, Stress-Related Adaptive Versus Maladaptive Coping and Temporomandibular Disorder Pain//Journal of Orofacial Pain. -V.-26,- N.- 3, 2012.- p. 181-190.

5. Manfredini D., Winocur E., Ahlberg J., Guarda-Nardini L., Lobbezoo F. Psychosocial impairment in temporomandibular disorders patients // Journal of Dentistry 2010; 38: 765-772.

6. Nikolaos N.G., Keller L., Rammelsberg P., Klaus-Thomas Kronmüller. Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls //Journal of Dentistry.- V.- 38 (2010).- Issue 5.- p.- 369–376.

7. Robert L. Woolfolk, Lesley A. Allen. Somatoform and Physical Disorders //The Oxford Handbook of Clinical Psychology. / Edited by David H. Barlow. – 2010. – p. 5.

8. Turp J.C., Jokstad A., Motschall E., Schindler H.J., Windecker-Getz I., Ettl D.A. Is there a superiority of multimodal as opposed to simple therapy in patients with temporomandibular disorders? A qualitative systematic review of the literature. // Clin. Oral Impl. Res. 18 (Suppl. 3), 2007; 138–150.

9. Yap A.U., Tan K.B., Chua E.K., Tan H.H. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders // J. Prosthet. Dent. – 2002. – Nov; 88(5):479-84.

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ АФАЗИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**Коцюбинская Ю.В., Сафонова Н.Ю.,
Михайлов В.А., Дорофеева С.А.**

Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург

Первично прогрессирующая афазия (ППА) – симптомокомплекс, представленный, преимущественно, речевыми нарушениями при минимально выраженных неврологических, когнитивных и поведенческих расстройствах.

В русскоязычной научной литературе выделяют в настоящее время 2 типа ППА – со снижением беглости речи (англ. non-fluentaphasia) и без снижения беглости речи (англ. fluentaphasia) (Яхно Н., 2010). Англоязычные авторы различают еще 3 тип – «семантическая деменция» (англ. semantic) (Harris, 1999).

Больная Ч., 58 лет, находилась под наблюдением в отделении реабилитации психоневрологических больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева с 2009 г. с быстро нарастающими нарушениями речевой активности по типу динамической афазии в сочетании с элементами эфферентной моторной афазии, синдромом деменции легкой степени выраженности, нарушениями письма и счета. Впервые в 2008 г. появились признаки моторной афазии. В течение

года состояние значительно и достаточно прогрессивно ухудшилось, в связи с чем была уволена с работы.

При неврологическом осмотре – без очаговой симптоматики. Нейропсихологическое обследование: развернутой спонтанной речи нет. Диалогическая речь, требующая обстоятельных ответов бедная, с частыми паузами, словами «пустышками» (вот, так), с затруднениями в подборе нужных слов. Парафазий нет. В некоторой степени доступно изложение своей биографии, но оно требует, но оно требует постоянного побуждения в виде дополнительных уточняющих вопросов. Отраженная (повторная) речь в пределах нормы. Произносительные (моторные) нарушения речи отсутствуют. Легко составляет предложения к односюжетным картинкам. Понимание речи и сложных грамматических конструкций в пределах нормы. Чтение вслух и про себя, понимание прочитанного сохранено.

МРТ головного мозга: МР-признаки наружной гидроцефалии заместительного характера (от 11.2009), внутренняя (ассиметричная) левосторонняя и наружная гидроцефалия заместительного характера; в белом веществе лобных и теменных долей мозга определяются очаги диаметром 0,3 см.

Лечение состояло в коррекционно-педагогических занятиях с нейропсихологом-логопедом; длительный (постоянный) прием ноотропных средств, применяются при атрофических заболеваниях мозга (холинальфосцерат (глиатилин), галантамин (реминил), акатиноламантанин, курсе больших доз церебролизина, актовегина, кортексина. Впоследствии проводились повторные курсы вазоактивной и антиоксидантной терапии (сермион, трентал, цитофлавин, карнитин и др.)

При выписке отмечалась значительная положительная динамика речи. Повысилась речевая инициатива, появилась возможность свободного речевого высказывания, хотя и не вполне полноценного. Появилась способность к монологической речи, которая почти не требовала понуждения. Могла составить простой рассказ на заданную тему. Трактовка переносного смысла пословиц по-прежнему была затруднена.

При повторной госпитализации через год выявилось ухудшение речевой функции. Самостоятельное высказывание стало недоступным, даже при наличии наводящих и стимулирующих вопросов. Не смогла рассказать свою биографию. Больше всего пострадала диалогическая речь, которая ранее, в облегчающих условиях была затруднена, но, возможна, теперь – полностью распалась. Сократился объем рече-слуховой памяти при повторении до 3-4-х слов. Обращенную речь понимает хорошо. Ухудшилась письменная речь. При чтении – латеральные и вербальные паралексии. Динамический праксис по-прежнему в пределах нормы. Теменных симптомов не обнаружено.

Нейропсихологическое обследование во время третьей госпитализации показало дальнейшее ухудшение речевой функции. К распаду спонтанной речи присоединился полный распад динамической речи. После большой

паузы и понуждения (повторных предъявлений одного и того же вопроса) смогла ответить на значимые для нее вопросы – назвать свою фамилию и имя дочери. Ухудшилась автоматизированная речь – появились пропуски элементов ряда, персеверации, стала необходимой подсказка начала ряда. Хуже стала отраженная речь, главным образом в отношении уменьшения объема речеслуховой памяти. Хорошо воспроизводит изолированные речевые звуки, слоги, слова (кроме сложных). При повторении серий из двух элементов удерживает один, стараясь компенсировать трудности почти сопряженным с логопедом произношением. Увеличилось количество литеральных парафазий при воспроизведении сложных и многосложных слов.

В последующем, несмотря на неоднократно повторяемые курсы лечения, постоянный прием акатинола мекмантина, состояние пациентке значительно ухудшилось – выросла экстрапирамидная симптоматика, распалась речь, стало невозможным самообслуживание.

РОЛЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ПАЦИЕНТА ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Матюшкина А.А., Малюкова Н.Г.

*Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Москва*

Цереброваскулярные заболевания являются частой причиной инвалидизации и приводят к существенному увеличению числа утраченных лет здоровой жизни (DALY индекс). Данные Национального Регистра Инсульта показали, что лишь один из пяти выживших после инсульта пациентов трудоспособного возраста (от 25 до 64 лет) восстанавливает свое здоровье и возвращается к нормальной жизни.

Представлен анализ роли нейропсихологической и патопсихологической диагностики, функциональных МРТ исследований, комплексного нейропсихологического и психокоррекционного воздействия при ведении пациента трудоспособного возраста (29 лет) на поздних стадиях реабилитации (2 года после начала заболевания) после перенесенного субарахноидального кровоизлияния вследствие разрыва аневризмы в области развилки левой средней мозговой артерии (проведено клипирование) осложнённого симптоматической фокальной эпилепсией с генерализованными судорожными приступами.

На момент первичного поступления пациента в ЦПРН РНИМУ им. Н.И. Пирогова через два месяца после начала заболевания данные нейропсихологического обследования указывали на наличие у пациента сочетанной формы нарушений высших психических функций – выраженная сенсорная афазия, менее выражена акустико-мнестическая афазия; дизритмия, снижение про-

странственных функций; речевой дефект очень грубой степени выраженности.

За время трех госпитализаций в ЦПРН в течение двух лет были достигнуты существенные улучшения в состоянии пациента – полностью нивелировались дефекты, обусловленные сенсорной афазией, что также подтверждено фМРТ исследованием. В нейропсихологическом статусе на момент четвертой госпитализации отмечается наличие у пациента сочетанных форм нарушений высших психических функций: акустико-мнестическая афазия, речевой дефект лёгкой степени выраженности, модально-неспецифические нейродинамические нарушения в виде скачкообразного темпа деятельности, флуктуаций внимания и работоспособности, и нарушения произвольной регуляции деятельности в виде импульсивности и нарушения контроля за протеканием деятельности в виде дефекта удержания промежуточных звеньев, что указывает на патологическое функционирование средних отделов височной области коры левого полушария головного мозга (21-е и 37-е поля), заинтересованности в дефекте префронтальных отделов левого полушария головного мозга и субкортикально-стволовых структур головного мозга.

При четвертой госпитализации обратили на себя внимание поведение и внешний вид пациента – опущенные волосы длиной до плеч, бородка и усы, неопрятный внешний вид одежды навыпуск, дезорганизованное поведение пациента в стационаре, многоречивость, рассказы о новых увлечениях изотерическими практиками, поисками себя, отсутствие постоянного места работы.

Таким образом, пациент, успешно пройдя стадию восстановления и коррекции функционального дефицита, столкнулся со сложностями с приспособлением к имеющемуся дефициту, что отразилось на его возможностях оптимальной реализации физического, психического и социального потенциалов, и существенно затруднило его адекватную реинтеграцию в общество.

Для уточнения динамики восстановления речевых зон и для выявления зон, участвующих в обеспечении процессов произвольного внимания, пациент был направлен на функциональное МРТ исследование (Купцова С.В. et al., 2015), являющееся рутинным методом функциональной нейропсихологической диагностики в ЦПРН. При проведении исследования пациент был возбуждён, ажитирован, однако это проявилось в виде повышенной собранности при работе над заданием в присутствии специалиста. После прохождения фМРТ пациент выглядел очень бледным, осунувшимся, кратко предъявил жалобу на усталость, а вечером постригся и стал выглядеть более опрятно.

По результатам фМРТ исследования выявлена недостаточная активация префронтальных структур мозга при решении задач на произвольное внимание, что свидетельствует в пользу снижения когнитивных функций.

Для выявления причины когнитивного дефицита проведено дополнительное патопсихологическое обследование, вследствие которого были выявлены: нарушения в эмоционально-волевой сфере в виде сниженного настро-

ния; в мотивационно-потребностной сфере общее снижение мотивационной активности; в мышлении – замедление темпа мыслительных процессов, бедность ассоциаций, снижение продуктивности мыслительной деятельности, появление повторяющейся однообразной идеи собственной ошибочности; в познавательной деятельности – снижение скорости протекания психических процессов; в психомоторике – эпизоды заторможенности, сменяющиеся ситуационным перевозбуждением, скорбность мимики; соматические особенности – расстройства сна, быстрая утомляемость. Данные факты свидетельствуют в пользу аффективно-эндогенного патопсихологического синдрома с выраженным депрессивным компонентом. По результатам комплексного обследования пациенту была назначена специфическая психофармакотерапия (приём антидепрессантов) в сопровождении направленного психокоррекционного воздействия и нейропсихологического тренинга.

Нейропсихологическая коррекция исполнительных функций и навыков произвольной регуляции деятельности проводилась по следующей схеме (Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш., 2013): тренировки произвольного внимания, самонаблюдения и самоконтроля; тренировки навыков сравнения, обобщения, категоризации; тренировки структурирования информации; тренинг решения проблем; тренинг планирования и постановки целей.

По окончании курса нейрореабилитации в ЦПРНбыло проведено повторное фМРТ исследование для выявления динамики комплексной психофармако- и психокоррекции, сопровождающей когнитивный тренинг, направленный на коррекцию исполнительных функций и развитие навыков произвольной регуляции деятельности. Заключение по данным исследования управляющих функций: при выполнении задания на переключение внимания по сравнению с контрольным условием были выявлены зоны активации в передней (полюс) и средней части нижней и средней лобных извилин, нижних теменных долях билатерально, язычной извилине ЛП и нижней затылочной извилине ПП. По сравнению с предыдущим исследованием выросла активация в лобных извилинах, исчезла активация в прецентральной извилине ЛП. Данные уровня прироста сигнала показывают повышение функциональной активации мозга при выполнении задания на переключение внимания. На момент исследования у пациента отмечается активация больше похожая на активацию у группы нормы, что свидетельствует о положительных изменениях.

Пациент выписан с практически полным восстановлением. Через 3 месяца были собраны катamnестические данные – пациент устроился на постоянную работу.

Выводы. Для обеспечения высокого качества жизни и реинтеграции в социальную жизнь пациентов трудоспособного возраста в отдаленном периоде реабилитации необходимо проведение адресных комплексных мероприятий, направленных на решение личностных проблем. фМРТ исследование может быть надежным

критерием качественной и количественной верификации успешности направленного нейропсихологического и психокоррекционного воздействия.

ЭПИЛЕПСИЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

**Михайлов В.А.¹, Дружинин А.К.¹, Горелик А.Л.¹,
Киссин М.Я.², Бочаров В.В.¹, Липатова Л.В.¹**

¹ Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева

² Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург

В настоящее время интерес к изучению медицинских и психосоциальных проблем пожилых людей, необходимость знаний об этом периоде жизни не вызывает сомнений. В полной мере эта позиция относится к такому заболеванию как эпилепсия. В течение последних десятилетий во всём мире отмечается рост заболеваемости эпилепсией в средних и старших возрастных группах населения, что делает все более актуальной проблему эпилепсии пожилого возраста [2, 3, 11, 17, 18]. Формально, представляя собой неврологическое заболевание, эпилепсия сопряжена с широкой гаммой психопатологических расстройств [7, 9, 14, 20]. В 1975 г. W.A. Hauser впервые показал увеличение заболеваемости эпилепсией в старших возрастных группах. По данным эпидемиологических исследований последних лет, заболеваемость эпилепсией у пациентов старше 60 лет в 1986 году составила 104 случая на 100 000 населения, а в 1990 г. – 127,2 случая на 100 000 [2, 17, 18, 21]. Заболеваемость эпилепсией среди пожилых (60 и более лет) колеблется от 107,5 человек на 100 000 населения в Швейцарии, до 127,2 человек на 100 000 во Франции и 166 человек на 100 000 в Швеции, тогда как в среднем составляет 30-50 на 100 000 [17, 18]. В России в возрасте старше 60 лет эпилепсией страдают более 100 россиян на каждые 100 тысяч населения [2, 3]. Таким образом, эпилепсия пожилого возраста ставит перед нами вопросы о своевременной диагностике, адекватной реабилитации и динамическом наблюдении, с учётом обширного спектра психопатологических ассоциированных расстройств, приводящих к социальной дезадаптации за счёт сниженного качества жизни, роста стигматизации и фрустрации в этой группе больных [3, 4, 10, 11]. В нашем исследовании мы попытались более глубоко затронуть эти проблемы и получить на них достоверные ответы с использованием стратегии биопсихосоциального подхода к личности. На настоящий момент в понимании эпилепсии пожилого возраста существуют проблемы полноценной и всеобъемлющей диагностики, адекватной реабилитации и социальной адаптации с учётом поперечного среза всех особенностей заболевания в этом возрасте [1, 12].

Этиология ЭПВ. Многие исследователи считают, что причинами, приводящими к развитию эпилептических припадков, являются цереброваскулярные заболевания (около 50%) и деменции (11-16%), опухоли головного

мозга (4%), травматические повреждения головного мозга (от 1% до 3%) [2, 8, 16, 17, 19]. Другая группа учёных [10, 12, 21] приводит следующие результаты этиологии эпилепсии: цереброваскулярные заболевания (58,3%), последствия черепно-мозговых травм (12,5%), а в остальных случаях развитие заболевания связано с последствиями нейроинфекций, наследственными дегенеративными заболеваниями и опухолями мозга, а также с алкогольной энцефалопатией (29,2%). По нашим данным, распределение этиологических факторов, приводящих к эпилепсии, представляет следующую картину: цереброваскулярные заболевания – 61,5%, травмы головного мозга – 19,2%, опухоли головного мозга – 4%, нейроинфекции – 11,5%, метаболические эндогенные интоксикации – 3,8% [3, 4, 11].

Анализируя данные исследований патогенеза ЭПВ, мы сталкиваемся с особым периодом развития и состояния головного мозга – периодом возрастной, генетически детерминированной перестройки адаптационно-регуляторных механизмов головного мозга, в основе которой, по-видимому, лежат принципы инволюции нейронных сетей, со своей особенной биологической системой защиты, на основе антиэпилептической реакции по ограничению развития эпилептического очага [6, 8, 24]. Повреждение головного мозга тем или иным органическим фактором (гипоксическая ишемия, апоптоз, глиоз, амилоидоз, хроническая гипоксия и интоксикация) вызывают нарушение активности антиэпилептической системы защиты с последующей реализацией в процесс эпилептогенеза [5, 8, 15]. В зависимости от сочетания патогенетических, нейрохимических, биологических и социальных факторов, массивности и глубины повреждения коры головного мозга, мы сталкиваемся с полиморфной картиной психопатологических нарушений [1, 5, 7, 9, 14, 20, 22]. Особое место в патогенезе психопатологии ЭПВ занимает личность больного, с её характерологическими особенностями и реакцией на болезнь, её влиянием на картину клинических проявлений не только самой эпилепсии, но и обратной связи непсихотических психических расстройств с течением заболевания в этом возрастном периоде [9, 12, 13]. Проведенное нами катamnестическое исследование 1283 пациентов ЭПВ (старше 60 лет), состоявших на учете в ГЭЦ Санкт-Петербурга и СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, позволило выявить у 98,13% больных наличие различных эмоционально-аффективных расстройств в структуре ассоциированной психопатологической симптоматики. Сегодня мы бы хотели предложить концепцию анализа эпилепсии пожилого возраста: синергетического анализа патологического изменения соматических, нейрофизиологических, нейрохимических процессов и взаимодействие этих факторов с высшими психическими функциями индивида, учитывая поперечный срез особенностей психологических характеристик личности больного эпилепсией [3, 4, 11]. Прямые и обратные корреляционные связи эпилептических припадков, сочетания различных факторов провоцируют и создают условия для клинического развёртывания непсихотических психических нарушений (эмоциональ-

но-аффективные, тревожные, когнитивные расстройства, изменения личности), которые в свою очередь усиливают и потенцируют течение симптоматической эпилепсии, тем самым изменяют сферы качества жизни и уровень социальной адаптации больного с ЭПВ.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических, нейрофизиологических показателей, структуры непсихотических психических расстройств (НПР) пациентов пожилого возраста с эпилепсией и оценка влияния НПР на качество жизни (КЖ) исследованных больных, возможности современной реабилитации этой группы пациентов.

Материалы и методы. Обследован 101 пациент с эпилепсией пожилого возраста, с различными этиологическими причинами развития эпилепсии (55 мужчин, 46 женщин). Средний возраст пациентов составил 63 года (60-65 лет). Психологическое тестирование осуществлялось с использованием опросников качества жизни (КЖ) SF-36, QOLIE-31, опросника выраженности симптоматической психопатологии (SCL-90-R Derogatis et al., 1974), оценка депрессивных и тревожных расстройств с помощью шкал депрессии Бека (Beck Depression Inventory, А.Т. Beck, 1961), Гамильтона (HRDS), шкалы тревоги Спилбергера (STAI, адаптация Ю.Л. Ханина, 1976). Нейрофизиологическое исследование проводилось с использованием оценки спектральных характеристик ЭЭГ, с анализом пространственно-временного распределения когерентных связей по каналам и спектральной мощности. В комплекс реабилитационных мероприятий была включена нелекарственная методика транскраниальной микрополяризации головного мозга по «дефолтной» схеме для больных эпилепсией.

Результаты. Ведущее место в структуре непсихотических психических расстройств (НПР) у исследованных нами больных занимали эмоционально-аффективные расстройства: депрессия была обнаружена у 56,3% больных эпилепсией, тревожное расстройство – у 8,7%, соответственно, эмоционально-лабильное расстройство у 16,5%, когнитивное расстройство у 11,7% больных, психотическое расстройство у 5,8%, сумеречное расстройство сознания у 1% исследованных. Средние значения показателей депрессии по шкале BDI в группе с ЭПВ составило $34,81 \pm 2,73$ балла (t -критерий = $p < 0,01$), а по шкале HRDS – $21,83 \pm 1,50$ балла ($p \leq 0,01$), показатели тревожности соответственно следующие: ситуативная тревога 37,67, личностная тревога 54,27 балла, что значительно превышает нормативные данные. При исследовании симптоматической психопатологии по методике SCL-90-R, получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов GSI (General index of the severity of the symptoms) составил 1,21 баллов. Показатели конструкторов шкалы SCL-90-R, представлены следующим образом: «соматизация» – 1.53; «обсессивность-компульсивность» – 1.51; «межличностная чувствительность» – 1.09; «депрессивность» – 1.35; «тревога» – 1.19; «фобия» – 1.17; «враждебность» – 0.8; «паранойальность» – 0.73; «психотизм» – 0.75; что значительно превышает показатели нормы. У больных

ЭПВ, по данным опросника SCL-90-R, была установлена выраженная корреляционная связь между депрессией, тревожностью и общим индексом тяжести симптомов, а также рядом других психопатологических факторов. Так, при изучении показателя депрессии и конструкторов шкалы SCL-90-R мы выявили закономерность динамического изменения, с прямой связью, с такими предикторами, как «соматизация» (бета-коэффициент=627*, $p<0,001$), «агрессивность» (бета-коэффициент=341*, $p<0,001$), «тревожность» (бета-коэффициент=881*, $p<0,001$). Показатели КЖ были достоверно ниже у больных, страдающих эпилепсией: суммарный физический компонент (PH), по данным SF-36, составил у них 36,2 балла, а психический компонент (MH) – 33,01 балла. Общий суммарный балл КЖ у больных ЭПВ, согласно данным опросника QOLIE-31, составил 82,27 баллов, что значительно ниже значений нормы ($p<0,001$; критерий Манна-Уитни). Значимые отличия, с существенно более низкими оценками КЖ, были получены по таким сферам, как «когнитивное функционирование»: 13,01 баллов ($p<0,001$), «боязнь приступов»: 39,47 и баллов ($p<0,001$), «боязнь антиэпилептических препаратов»: 1,59 ($p<0,001$) соответственно. При сравнительном анализе конструкторов шкалы SCL-90-R и опросника КЖ QOLIE-31 установлены выраженные прямые и обратные корреляционные связи влияния депрессивности и тревожности на такие сферы КЖ, как «эмоциональное благополучие» ($r=-435^*$), «социальные функции» ($r=-349^*$), «общее качество жизни» ($r=-391^*$).

Оценивая результаты сравнения с различными факторами эпилепсии, мы видим статистически значимую разницу показателей сфер качества жизни, в зависимости от типа припадков; так, наименьшее значение «суммарного балла КЖ» (78,10 балла) сочетается со сложными парциальными и генерализованными судорожными припадками (78,5 балла), более высокие показатели отмечаются в группе с простыми парциальными припадками и сложными парциальными припадками, такие же закономерности прослеживаются во всех сферах КЖ, особенно в сфере «боязнь приступов». Уровни качества жизни находятся в линейной зависимости от частоты припадков, чем чаще пациенты испытывают припадки, тем меньше показатели уровня жизни по всем сферам, в наибольшей степени этому подвержены сферы «боязнь приступов», «эмоциональное благополучие», «когнитивные функции», «общее качество жизни».

Асимметрия распределения очаговой активности также имеет значения для оценки показателей КЖ. Наиболее низкие данные сфер КЖ просматриваются в группе с билатеральными фокусами ($N=42$), особенно в сферах «боязнь приступов», «общее качество жизни», «когнитивные функции», «влияние АЭП», «суммарный балл КЖ». В группе пациентов с левосторонними полушарными фокусами ($N=31$) также значимо снижены показатели КЖ, особенно в сфере «общее КЖ», «эмоциональное благополучие». Исследование регрессионной модели позволило выявить закономерности влияния предикторов депрессии на сферы КЖ – как в общем, так и на каждую в отдельности. Регрес-

сионная модель зависимого влияния ННР на показатель суммарного качества жизни предоставляет следующие результаты: все регрессионные зависимости, статистически значимые ($p<0,001$ до 0,045), показатель «Бета-коэффициента» распределялся в пределах от -2,013 до -3,988. Все значения прироста зависимостей предикторов, с обратной регрессионной связью, оказывают влияние на сферы КЖ, что означает уменьшение показателей качества жизни при росте данных психопатологии и наоборот. Как мы видим, «суммарный балл КЖ» зависит от изменений следующих достоверно значимых предикторов психопатологии: депрессии и тревоги ($r=-3,001$ для депрессии и $r=-3,389$ для тревоги), то есть по совокупности анализа коэффициента линейной регрессии и зависимого фактора «суммарный балл КЖ» мы можем говорить о ведущем влиянии этих предикторов-факторов, что неоднократно подтверждается другими нашими наблюдениями.

Полученные нами результаты исследований ЭЭГ позволили сделать вывод об особой картине распределения спектральной мощности и когерентных связях определённых топографических зон головного мозга, подтверждённые очаговыми поражениями ГМ, зарегистрированных при помощи МРТ в следующих анатомических областях: больше всего совпадений в лобной и височной областях (9,7% от общей выборки), теменной и височной областях (18,4% и 14,6% от общей выборки). Оценка результатов ЭЭГ с применением метода пространственно-временной организации БЭА, когерентности по каналам, позволяет сделать заключение об особой картине эпилепсии пожилого возраста. В основном изменения затрагивают диапазоны дельта и тета- ритмов ЭЭГ, где формируются определённые патологические нейронные связи. Наибольшее количество «новых» патологических связей во всех диапазонах наблюдается в следующих областях: в дельта и тета-диапазонах с формированием межполушарных связей (Т6-Р3, Т4-Т3, Р4-О1), с последующим увеличением количества этих связей в задней височной области, передней лобной справа, теменной области слева (Т6, Т5, F8, Р3).

Оценивая результаты средних когерентных связей мы получили дополнительные данные, особенно в альфа и тета-диапазонах, с относительной симметричностью распределения, но с элементами сдвига правополушарной активности медленно-волновой характеристики, где выражен компонент межполушарных взаимодействий, нарастающий с увеличением частотного ритма (от дельта до бета).

Таким образом, мы можем говорить что у больных с эпилепсией значительно выражена медленно-волновая активность в обоих гемисферах, которая определяет картину сильных и средних когерентных связей. Имеются значимые различия ЭЭГ-картины биоэлектрической активности коры головного, с нарастанием межполушарной асимметрии справа и определенной локальности процессов, затрагивающих в основном передне-лобные и теменно-височные области с формированием стойких, патологических «новых» когерентных связей. Результа-

ты проведённых диагностических исследований позволили построить стратегию реабилитационного лечения. После проведённого курса реабилитации у больных ЭПВ мы получили динамическое улучшение показателей КЖ и снижение выраженности НПР.

Заключение. Эпилепсия пожилого возраста характеризуется достаточно выраженным уровнем проявления ассоциированных психопатологических синдромов, среди которых выделяются депрессивные расстройства. Между показателями выраженности эмоционально-аффективных расстройств и данными инструментальных методов прослеживается корреляционная и регрессионная линейная связь, позволяющая сделать вывод о локальности и асимметричности психопатологических факторов при эпилепсии. Данные нейрофизиологического наблюдения и анализа (спектральная мощность, когерентность по каналам) подтверждают локально обусловленное проявление НПР у больных эпилепсией в пожилом возрасте. В реабилитации пациентов с ЭПВ необходимо использовать нелекарственные методы воздействия (ТКМП) с целью восстановления нейронных сетей, для регрессии эпилептических припадков. Клиническое проявление психопатологической симптоматики у больных эпилепсией пожилого возраста находится в корреляционной связи с показателями сфер КЖ. Симптоматическая эпилепсия значительно ухудшает качество жизни и социальное функционирование в том числе за счёт выраженности проявлений эмоционально-аффективных расстройств в пожилом возрасте, формируя в последующем элементы аутостигматизации (осознание и переживание собственного «дефекта», обусловленного заболеванием) и фрустрированности (неудовлетворённости социальными аспектами жизни).

Таким образом, эмоционально-аффективные расстройства занимают значимое место в патогенезе эпилепсии в качестве жизни (КЖ) больных пожилого возраста, что требует дополнительных реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Авакян Г.Н., Бадалян О.Л., Бурд С.Г. Депрессия и эпилепсия: две стороны одной медали // Рус. мед. журн. – 2008; 16 (12): 1653-1658.
2. Бурд Г.С., Гехт А.Б., Лебедева А.В. и соавт. Эпилепсия у больных ишемической болезнью головного мозга. // Журн. неврол. и психиатрии. – 1998; 2: 4-8.
3. Дружинин А.К., Михайлов В.А., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В. Эпилепсия пожилого возраста: качество жизни и аффективные нарушения. // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2014; 6 (3): 66-68.
4. Дружинин А.К., Михайлов В.А., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В. Качество жизни и аффективные нарушения у больных эпилепсией пожилого возраста. // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: Миф или реальность». – СПб., 2014; 675-677.

5. Земляная А.А., Калинин В.В., Ковязина М.С., Крылов О.Е. Психические расстройства и сенсомоторная асимметрия головного мозга у больных эпилепсией. // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010; 2: 70-76.

6. Зенков Л.Р., Елкин М.Н., Медведев Г.А. Клиническая нейрофизиология нейрогериатрических расстройств. // Достижения в нейрогериатрии. – М., 1995; 167-173.

7. Калинин В.В. Мозговая асимметрия и психопатологическая симптоматика. Нейропсихиатрический подход. Функциональная межполушарная асимметрия. /Под ред. Н.Н. Боголепова и В.Ф. Фокина. – М. 2004; 594-609.

8. Карлов В.А. Эпилепсия и структурно-функциональная организация головного мозга. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003; 9: 4-8.

9. Киссин М.Я. Структура и динамика психических расстройств у больных эпилепсией. // Психиатрия. – 2006; 7: 361-371.

10. Липатова Л.В. Принципы лечения эпилепсии у пожилых пациентов. // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013; 113 (4): 52-58.

11. Михайлов В.А., Липатова Л.В., Дружинин А.К. Влияние аффективных расстройств на качество жизни больных постинсультной эпилепсией. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014; 114 (8): 148-149.

12. Незнанов Н.Г., Громов С.А., Михайлов В.А. Эпилепсия, качество жизни, лечение. – СПб. 2005; 294 с.

13. Семенович А.В. Межполушарная организация психических процессов у левшей. Межполушарное взаимодействие. – М. 2009; 400 с.

14. Barry J., Lembke A., Huynh N. Affective disorders in epilepsy. Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment. – Philadelphia. 2001; 45-71.

15. Carlson C.E., St Louis E.D., Granter M.A. Yield of video EEG monitoring in patients over the age of 50. Program and abstract of the American Epilepsy Society 58th Annual Meeting. 3-7 December 2004; Abstract 2. 226p.

16. Cheung C.M., Tsoi T.H., Au-Yeung M., Tang A.S. Epileptic seizures after stroke in Chinese patients. // J. Neurol. – 2003; 250 (7): 839-843.

17. Hauser A. Epidemiology of newly diagnosed epilepsy. // Epilepsia. – 2004; 45 (3): 3.

18. Hauser W.A., Kurland L.T. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota. 1935 through 1967. // Epilepsia. – 1975; 16: 1-66.

19. Jallon P. Electroencephalogram and epilepsy. // Europ. Neurol. – 1994; 34 (1): 18-23.

20. Kanner A. Depression in neurological disorders. Lundbeck Institute. – Cambridge: Medical Communication Ltd, 2005; 161 p.

21. La Roche S.M., Helmers S.L. Epilepsy in elderly. // Neurologist. – 2003; 9: 241-249.

22. Quigg M., Broshek D.K., Heidal-Schiltz S. et al. Depression in intractable partial epilepsy varies by laterality of focus and surgery. // Epilepsia. – 2003; 44 (3): 419-424.

23. Thatcher R.W., Krause P.J., Hrybyk M. *Cortico-cortical association fibers and EEG coherence: A two-compartmental model.* // *Clin. Neurophysiol.* – 1986; 64 (3): 123-143.

24. Van Cott A.C. *Epilepsy and EEG in the Elderly.* // *Epilepsia.* – 2002; 43 (3): 94-102.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ДЕБЮТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА: ОБОСНОВАНИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Михайлов В.А.¹, Хяникяйнен И.В.²

¹Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург

²Медицинский институт Петрозаводского
государственного университета
Петрозаводск

Помимо коррекции факторов риска (артериальной гипертензии, церебрального атеросклероза) и неврологических проявлений (цефалгий, головокружения, шума в голове) хронических нарушений мозгового кровообращения посредством фармакотерапии, назначаемой терапевтом и неврологом по стандартным методикам, комплексная помощь этой когорте больных основана также на оценке и выяснении сущности имеющегося у пациента нейропсихологического и поведенческого дефицита и направлена на восстановление или компенсацию нарушенных познавательных функций, коррекцию эмоциональных и поведенческих нарушений и, в конечном итоге – на улучшение возможности пациента справляться с повседневными проблемами и повышение уровня его психологической и социальной адаптации. Указанная тенденция отражает холистический подход современной медицины к пониманию сущности сосудистых заболеваний головного мозга (СЗГМ) и определяет практическую значимость изучения биопсихосоциальных маркеров хронической ишемии мозга (ХИМ) как мультифакториального заболевания для последующей их коррекции силами полипрофессиональной бригады специалистов (врач общей практики, невролог, медицинский психолог, психотерапевт, физиотерапевт).

Целью исследования явилось выявление степени когнитивной дисфункции у больных с дебютом ХИМ в зависимости от выраженности нейровизуализационных и биохимических маркеров при данной патологии.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели была сформирована группа пациентов, имеющих типичные критерии ХИМ I стадии на основе стандартов оказания медицинской помощи больным с дисциркуляторной энцефалопатией (термин сопоставим с понятием «ХИМ»), где в соответствующих Приказах Минздрава РФ прописан необходимый объем общепризнанных методов диагностики для верификации СЗГМ (в частности, проведение всем пациентам электроэнцефалографии, триплексного сканирования магистраль-

ных артерий головы, магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, общеклинических анализов, исследование коагулограммы, липидного спектра и сахара крови и т.д.). Так, основную группу (ОГ) составили лица организованной популяции г. Петрозаводска (n=280; средний возраст 53,9±8,1 лет; гендерный индекс 1:1), имеющие клиническую картину ХИМ («церебральные» жалобы; нарушения высших корковых функций; рассеянные органические знаки при исследовании неврологического статуса по стандартной методике), подтвержденную результатами МРТ головного мозга и биохимическими маркерами (гомоцистеин цельной крови, исследуемый на анализаторе ARCHITECT, Abbott, США; нормальные референсные интервалы 4,44-13,56 мкмоль/л) при дебютной (первой) стадии ХИМ. Контрольная группа (КГ) включала здоровых лиц (n=32; средний возраст 52,4±6,5 лет; гендерный индекс 1:1; p>0,05). У пациентов изучены также некоторые нейропсихологические особенности, характеризующие степень выраженности когнитивной дисфункции (краткий ориентировочный тест – КОТ; нормальным результатом для изучаемой выборки считали результат более 25 б. (то есть более 25 правильных ответов, данных обследуемым за 15 минут)). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. У больных с СЗГМ на инициальной стадии выявляли снижение среднего балла по КОТ до 16,36±8,51 б. (результат теста у лиц КГ – 31,59±4,91; p<0,05), не достигающее степени слабоумия и свидетельствующее об умеренных додементных когнитивных нарушениях лобно-подкоркового характера (ослабление памяти, внимания, познавательной активности). Кроме того, при проведении нейровизуализации по стандартной методике у пациентов ОГ, по сравнению с интактной МРТ-картиной головного мозга здоровых лиц, обнаружили патогномичные для ХИМ I ст. «сосудистые» изменения: ширина перивентрикулярного лейкоареозиса – 6,69±3,57 мм., ширина субкортикального лейкоареозиса – 4,24±2,03 мм., количество лакун – 1,33±0,54, индекс Эванса (показатель внутренней гидроцефалии, косвенно характеризующий атрофические процессы вещества мозга) – 32,57±3,26%. Статистический анализ выявил наличие ряда патогенетически взаимодействованных психолого-нейровизуализационных и биохимических корреляций у больных с дебютом СЗГМ. Так, у пациентов с ХИМ на инициальной стадии при нарастании гомоцистеинемии (19,77±6,11/9,55±2,64 мкмоль/л у лиц ОГ и КГ соответственно; p<0,05) отмечали увеличение степени выраженности ширины лейкоареозиса в мм. (R=0,86; p<0,05). В свою очередь, у больных с СЗГМ при нарастании ширины лейкоареозиса определяли увеличение степени выраженности когнитивной дисфункции (пациенты набирали меньшее количество баллов по КОТ) (R=-0,97 и R=-0,9 для перивентрикулярного и субкортикального лейкоареозиса соответственно; p<0,05), что подтверждает роль вторичных «сосудистых» морфологических нейровизуализационных изменений как причины

когнитивной дисфункции при СЗГМ, а гипергомоцистеинемии отводит роль важного независимого фактора риска церебральной гипоперфузии при ХИМ (как причины выявляемых при данной патологии нейровизуализационных изменений).

С учетом полученных результатов, полипрофессиональная бригада специалистов участвовала в комплексной реабилитации пациентов с дебютом ХИМ. Так, терапевт выполнял коррекцию факторов риска СЗГМ. «Мишенью» невролога являлось медикаментозное воздействие на звено патофизиологических органических нарушений – макро- и микроангиопатию, и он также назначал препараты с вегетостабилизирующим действием. Психотерапевт осуществлял коррекцию негативных эмоциональных переживаний, видоизменял смысловое содержание внутренней картины болезни, производил дезактуализацию дисморфофункциональных когнитивных в схеме «стимул – когнитивная переработка – эмоционально-поведенческая реакция». Медицинский психолог проводил психодиагностику, тренинги для увеличения когнитивного резерва, воздействовал на психовегетативное звено патогенеза ХИМ посредством прогрессирующей мышечной релаксации по Джейкобсону при посещении пациентами сенсорной комнаты. Физиотерапевт назначал физиопроцедуры седативной направленности (Спа-капсулу, нейроседативный массаж, иглорефлексотерапию).

Выводы/ Для лиц с дебютом ХИМ характерны: гипергомоцистеинемия и структурные изменения мозговой ткани в виде образования лакун, кортикальной атрофии, лейкоареозиса. При этом ширина последнего коррелирует со степенью когнитивного дефицита и выраженностью гипергомоцистеинемии. Выявленные нейровизуализационные, нейропсихологические, биохимические особенности больных с СЗГМ на инициальной стадии необходимо учитывать при проведении им медико-психологической реабилитации. Вместе с тем, они могут выступать как патогенетическое обоснование применения мультидисциплинарного подхода при ведении пациентов с ХИМ.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДЕРЕЦЕПЦИИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

**Нарышкин А.Г.^{1,2}, Козловский В.Л.¹,
Горелик А.Л.^{1,2}, Поцелуйко А.А.¹**

¹ Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева

² Институт эволюционной физиологии и биохимии
им. И.М. Сеченова РАН
Санкт-Петербург

В рамках разрабатываемой в НИПНИ им. В.М. Бехтерева концепции интегративной нейрорекострукции нами проводится многолетняя работа по изучению лечебных и реабилитационных возможностей методологии вестибулярной дерецепции (ВД) как способа влияния

на состояние целостного мозга через афферентный вход. Выбор данной модальности обусловлен системной ролью вестибулярной афферентации, рассматриваемой нами в качестве базовой и организующей по отношению к другим модальностям – как в фило-, так и в онтогенезе.

Ранее нами были изучены терапевтические и реабилитационные возможности ВД у больных с разными формами экстрапирамидной патологии, спастическими проявлениями различной этиологии, а также у больных в вегетативном состоянии и в состояниях «малого сознания». В сфере нейропсихиатрии технология ВД апробирована у больных с поздними дискинезиями, психоорганическим и амнестическим (Корсаковским) синдромами различной этиологии. В большинстве случаев были достигнуты значимые клинические и научные результаты.

Для изучения механизмов влияния ВД нами применяется методология пространственной организации ЭЭГ как показателя интракортикальных взаимодействий. Полученные данные были многократно опубликованы и доложены на ряде конференций. На их основе было сделано предположение, что вызываемая ВД перестройка межафферентных и интракортикальных взаимодействий, приводит к оптимизации нейродинамических процессов и может оказаться эффективной у больных психиатрического профиля. К подобному подходу – исследовать неврологические основы психических заболеваний – призывал и основатель Психоневрологического института академик В.М. Бехтерев.

С целью проверки данного предположения было проведено пробное исследование, в котором приняли участие 7 пациентов (4 мужчин и 3 женщины; возраст пациентов от 28 до 54 лет) с шизофреническим дефектом и высокой лекарственной резистентностью. Все они получили курс ВД в количестве 2 – 6 процедур. В силу недостаточности исследования всех аспектов данной технологии и её инвазивности (интратимпанальное введение ототоксического антибиотика стрептомицина) осуществлялась только левосторонняя дерецепция, поскольку, согласно нашим прежним данным, даже односторонняя ВД оказывает влияние на оба полушария. В качестве критерия достаточности воздействия мы рассматривали появление признаков вестибулопатии. Состояние больных и его динамика оценивались по данным клинического наблюдения и по шкале PANNS.

Запись ЭЭГ осуществлялась перед началом курса и в сроки 2-4 суток после его завершения. Углублённая математическая обработка ЭЭГ проводилась с помощью пакета WINEEG путём вычисления коэффициентов когерентности по всем отведениям ЭЭГ и по всем стандартным частотным диапазонам. В соответствии с методическими принципами, разработанными академиком М.Н. Ливановым, в расчёт принимались коэффициенты когерентности только средней (0,5-0,6) и высокой (0,7 и выше) интенсивности. Результаты сравнивались с данными контрольной группы клинически здоровых испытуемых. Срок последующего наблюдения составил 1 год.

Под влиянием ВД только у 2 больных отмечено отсутствие какой-либо поведенческой реакции. У 5 больных после проведения курса отмечалось лёгкое психомоторное возбуждение и частичное обострение прежней психической симптоматики сроком до 3 недель, что удалось купировать стандартной фармакотерапией. В дальнейшем у 2 пациентов наступило клиническое улучшение в виде упорядочения поведения и повышения уровня микросоциальной адаптации, сохранявшееся в течение 2 месяцев. После чего они, как и остальные 3, начали постепенно возвращаться в исходное состояние, при котором, однако, отмечалось частичное восстановление чувствительности к фармакологическим препаратам. Заметная динамика также была отмечена по шкале PANNS. Таким образом, было обнаружено, что ВД принципиально способна дестабилизировать состояние больных обследуемой группы.

Закономерную динамику удалось показать и при изучении паттернов пространственной организации (ПО) ЭЭГ – при отсутствии значимых изменений в нативных записях. Так, в частности, у больных исследуемой группы количество интракортикальных взаимодействий значительно выше, чем у контрольной группы здоровых испытуемых. При этом большинство обнаруженных функциональных связей располагалось в пределах одного полушария и проявлялось в Альфа-диапазоне, при крайне скудных связях в Дельта-диапазоне. Данный факт резко отличает паттерны ПО ЭЭГ у больных данной группы от аналогичных показателей, полученных при обследовании пациентов неврологического профиля, и напоминает картину, наблюдаемую у здоровых испытуемых.

Под влиянием ВД паттерны ПО ЭЭГ у больных исследуемой группы существенным образом изменялись, причем без убедительных корреляций с клинической динамикой. Основной тенденцией оказалось усиление межкорковых взаимодействий в медленных диапазонах, а также рост числа связей, имеющих межполушарный характер. Подобная динамика, на наш взгляд, может свидетельствовать о более интенсивном включении в процесс поддержания интегративной деятельности мозга подкорковых образований, в том числе – обеспечивающих и межполушарные взаимодействия.

Таким образом, первые результаты, полученные при применении технологии ВД у данной группы больных, показывают, что выбранное направление исследований имеет серьёзную научную и клиническую перспективу.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЕМ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Родионова Е.Ю., Чутко Л.С.

*Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН
Санкт-Петербург*

В структуре гинекологической заболеваемости у девушек преобладают нарушения становления менструальной функции, часто не сопровождаемые первичной

гинекологической патологией. Вегетативная нервная система (ВНС) играет важную роль в становлении менструального цикла. Координация вегетативной и гормональной регуляции менструальной функции осуществляется на гипоталамическом уровне. Особенностью подросткового возраста является наличие полиморфизма жалоб, с преобладанием функциональных нарушений в работе многих органов и систем, а также влияние эмоциональных и личностных особенностей на течение заболеваний.

Цель исследования: изучение клинико-психологических особенностей вегетативной нервной системы девушек с нарушением становления менструального цикла.

Материалы и методы. Основную группу составили 113 девушек в возрасте 14-17 лет, имеющие НМЦ по типу альгодисменореи и проявлениями вегетативной дисфункции. Жалобы включали: периодические головокружения с потемнением в глазах, липотимии, обмороки, чувство нехватки воздуха, покалывания в области сердца, головные боли и нарушения сна. Данные жалобы препятствовали обучению, нарушали привычную социальную активность. Критерии включения: отсутствие тяжелых хронических соматических заболеваний, патологических изменений по данным магнитно-резонансной томографии головного мозга и гемодинамически значимых изменений по данным транскраниальной ультразвуковой доплерографии, отсутствие первичной эндокринно-гинекологической патологии, влияющей на НМЦ. Неврологическое обследование проводилось по общепринятой схеме. Для оценки вегетативной симптоматики использовалась анкета Вейна, индекс Кердо. Оценка интенсивности цефалгий проводилась с помощью Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) – десятибальный вариант. Для оценки мигренозных болей – опросник оценки нарушений жизнедеятельности при мигрени (МИДАС). Психологическое обследование включало в себя шкалу самооценки Ch.D. Spilberger, Ю.Л. Ханина, субъективную шкалу оценки астении (MFI-20). Группу контроля составили 50 подростков в возрасте от 14 до 17 лет. Данные девушки не имели жалоб неврологического характера, по заключению педиатра и невролога были практически здоровы.

Результаты исследования/ Анализ жалоб девушек с НМЦ по типу альгодисменореи показал, что в клинической картине присутствуют болевые проявления различной локализации. Цефалгии зарегистрированы у 84 (74,3%) обследуемых, головокружения по типу потемнения в глазах при перемене положения тела – у 54 (47,8%), тошнота – у 27 (23,9%), липотимии у – 38 (33,6%), обмороки – у 23 (20,4%), покалывания в области сердца – у 22 (19,5%), чувство нехватки воздуха – у 25 (22,1%). Абдоминальный болевой синдром во время менструации отмечался у 100% обследуемых. Нозологически в исследуемой группе преобладают ГБН у 76 (67,3%). Мигрень встречалась у 16 (13,3%) девушек. Средняя интенсивность головной боли в группе по Визуально аналоговой шкале составила 5,07 (±2,4) баллов. Средний балл по опроснику жизнедеятельности при мигрени (МИДАС) составил 14,14(±3,18).

Показатель вегетологического обследования по анкете А.М. Вейна составил 20,01 ($\pm 1,9$) – достоверно выше в исследуемой группе, по сравнению с группой контроля. Среднее значение индекса Кердо составило 11,3 ($\pm 11,7$), что указывает на преобладание гиперсимпатического исходного вегетативного тонуса. По данным психологического обследования средний уровень реактивной тревожности составил 44,3 ($\pm 3,7$) балла, личностной – 44,6 ($\pm 3,3$) балла, что говорит о высоком уровне тревоги в исследуемой группе. По данным анализа результатов анкетирования с помощью Субъективной Шкалы Оценки Астении (MFI-20) наибольшая степень астенического синдрома выявлена по субшкалам общей (14,7 \pm 1,3), физической (14,05 \pm 1,7) и психической (14,05 \pm 1,7) астении.

Обсуждение/ Проведенное обследование девушек с нарушением становления менструального цикла по типу альгодисменореи демонстрирует полиморфизм неврологических жалоб, в сочетании с высоким уровнем тревожности и астенического синдрома, что оказывает влияние на качество жизни девушек, способствует пропуску учебных занятий, снижению успеваемости, нарушению социальной адаптации. Показана необходимость системного подхода в терапии данной патологии.

СПОСОБ КОНТРОЛЯ И КОРРЕКЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Шайтор В.М., Емельянов В.Д.

*Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург*

Параллельное развитие систем мозга, ответственных за когнитивную и двигательную деятельность, зависит от функциональной целостности и темпов созревания соответствующих регионов. В конечном счете, именно это условие обеспечивает качественное формирование нейронных сетей. Поэтому исследование координационной структуры двигательной деятельности и ее когнитивного контроля может повысить эффективность реабилитационных мероприятий в неврологическом развитии детей с последствиями перинатального повреждения нервной системы.

Цель исследования. Обосновать и разработать новые методы коррекции и контроля эффективности лечения детей с двигательными нарушениями в виде диспраксии вследствие перинатального повреждения нервной системы.

Материалы и методы. Проведено комплексное клиничко-неврологическое и нейрофизиологическое исследование 37 детей в возрасте от 5 до 16 лет. Группа была представлена 22 мальчиками и 14 девочками с отдаленными последствиями перинатального поражения ЦНС. Критерием включения в исследование являлось наличие диспраксии и когнитивных нарушений. Проведены

курсы транскраниальной микрополяризации (ТКМП) по индивидуальной схеме, нейрометаболической терапии и логопедическая коррекция. В контрольную группу включили 18 детей, у которых также установлены указанные нарушения, но не проводилась ТКМП. Критерии исключения из исследования: грубая органическая патология ЦНС, пароксизмальные состояния, патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Всем детям проведено нейрофизиологическое обследование: ЭЭГ, УЗДГ, проба Штанге и компьютерная стабилметрия. В качестве метода клинического контроля выбран аппаратно-компьютерный метод стабилметрии, в соответствии со сформированным алгоритмом выявления диспраксии у детей с помощью трех выделенных клиничко-анамнестических и 5 стабилметрических показателей, что позволило провести динамическое наблюдение за развитием высших психических функций (Емельянов В.Д., 2011). С помощью программной системы STATISTICA сравнивали результаты стабилметрического исследования в начале и через 8 недель после окончания курса реабилитации. Критерием статистической достоверности получаемых выводов мы считали общепринятую в медицине величину $p < 0,05$.

Результаты. В основной группе отмечалось улучшение качества поддержания вертикального балланса в условиях зрительной депривации ($p \leq 0,05$). В контрольной группе изменений не наблюдали.

Выводы. Применение метода ТКМП повышает эффективность реабилитационных мероприятий у детей с последствиями перинатального повреждения нервной системы. Сформированный диагностический алгоритм, включающий стабилметрическое и нейрофизиологическое обследования, является объективным средством контроля эффективности проводимого лечения.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Яковлева Ю.А.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Эпилепсия в 60-70% случаев начинается в детском возрасте [1, 2]. Психические нарушения отмечаются у детей и подростков, страдающих эпилепсией, и даже при отсутствии приступов являются одной из главных причин их социальной дезадаптации и последующей инвалидизации. Наиболее актуальными в подростковом возрасте являются нарушения в эмоционально-волевой сфере пациентов [3, 4, 5]. Среди них наибольший интерес представляют расстройства эмоционально-волевой сферы, составляющие до 50% случаев, так как именно эти нарушения в последующем, формируют в подростковом возрасте психоподобные черты личности, в связи с чем такие пациенты становятся опасными как для себя самих (саморазрушающее поведение), так и для окружающих [6, 7]. Структура

подобных нарушений у детей и подростков достаточно разнообразна: по нашим данным, дистимии отмечаются в 30 – 35% случаев, в 17- 20% выявляются дисфорические состояния, депрессии – в 12%, тревога – в 40%, также отмечаются единичные случаи эйфории [5]. Кроме этого, актуальными являются также нарушения в интеллектуально-мнестической сфере и нарушения речи, которые по разным данным, составляют 30 – 70% [1, 3]. Помимо стойких психических нарушений, формирующих личностные изменения пациентов, и составляющих в юношеском возрасте до 58% [8], для подростков характерно также возникновение различных неврозоподобных проявлений, наблюдающихся в 45% случаев: истероформных, депрессивных, церебральных [9]. Высокое распространение среди пациентов подросткового возраста имеют эпилептические психозы (2%), хотя в целом, их удельный вес в структуре эпилепсии небольшой [10].

В настоящее время в лечении психических расстройств в детско-подростковом возрасте все больше внимания уделяется вопросам психосоциальной реабилитации. Современные стандарты оказания помощи ориентированы на обеспечение полипрофессионального бригадного подхода, и включают, помимо биологической, психосоциальную терапию и реабилитацию [5]. В связи с этим биопсихосоциальный подход, позволяющий интегрировать медикаментозную терапию, психобразование и психосоциальную реабилитацию, представляется наиболее оптимальным для коррекции психических расстройств у детей и подростков, страдающих эпилепсией.

Прежде всего, лечение эмоционально-волевых и когнитивных нарушений у детей и подростков, страдающих эпилепсией, неразрывно связано с лечением основного заболевания и его успешностью, и должно быть, главным образом, направлено на назначение противосудорожной терапии, способствующей освобождению от приступов и достижению клинко-энцефалографической ремиссии. При выборе антиконвульсантов, целесообразно отдавать предпочтение препаратам с нормотимическим и ноотропным эффектом: топирамат, окскарбазепин, ламотриджин, левитирацетам, в возрастных терапевтических дозировках, рекомендованных к применению. Симптоматическую терапию психических нарушений при эпилепсии у детей и подростков следует проводить в соответствии с превалирующим психопатологическим синдромом без отмены противосудорожной терапии (кроме случаев психических нарушений в связи с антиконвульсивной терапией (интоксикации, форсированная нормализация Ландольта), где необходима коррекция дозировок, смена или отмена препаратов. В работе с детьми и подростками, страдающими эпилепсией необходимо учитывать влияние судорожных приступов, как психотравмирующего фактора, определяющего степень детской дезадаптации в обществе. На сегодняшний день представляется невозможным полноценное лечение эпилепсии у детей и подростков без использования психологической и психотерапевтической помощи, включая когнитивно-поведенческую терапию и семейное консультирование.

Задачами работы с пациентами являются формирование более адаптивных навыков поведения, развитие рефлексии и саморегуляции. При работе с семьей важно информирование родителей обо всех проявлениях эпилепсии и формирование адекватного отношения к болезни ребенка, а также повышение уровня родительской компетентности, выработка эффективных стратегий совладания с бременем болезни.

Программа лечения должна состоять из нескольких этапов, с учетом на каждом из них нозологической специфики нарушений, возрастных, социальных и индивидуальных особенностей каждого пациента [5].

Материалы и методы. С помощью авторского опросника, разработанного в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, анонимно были опрошены 56 пациентов (37 девочек и 13 мальчиков), средний возраст $15,1 \pm 1,56$, длительность заболевания эпилепсией $8,4 \pm 2,21$ находившихся на стационарном лечении в отделении подростковой психиатрии в период с 2013 по 2015 год и 60 родителей детей и подростков, страдающих психическими заболеваниями (54 (90%) – женщины, 6 (10%) – мужчины, средний возраст $36,3 \pm 0,02$), а также 69 воспитателей и учителей ГОУ СПб, средний возраст педагогов $39,24 \pm 0,61$ лет, педагогический стаж $19,11 \pm 0,64$. В учреждениях коррекционного вида (специализированные детские сады, классы) работали 19 (27,5%) педагогов.

Пациенты участвовали в 3-х этапной (подготовительный, реабилитационный и заключительный) программе оказания психосоциальной реабилитационной помощи детям и подросткам, страдающим эпилепсией с психическими расстройствами, длительностью от 6 до 12 месяцев. Программа была основана на следующих принципах :

1. Раннее вмешательство. Психосоциальная помощь внедрялась на любом этапе оказания психиатрической помощи пациентам, страдающим эпилепсией.

2. Этапность. Психосоциальной помощь оказывалась поэтапно и имела четкую дифференцированность психосоциальных мероприятий для каждого этапа лечебно-реабилитационной программы, с формулировкой целей, задач, временных рамок и ожидаемых результатов от каждого этапа.

3. Индивидуальность. Выбор методов и форм психосоциального вмешательства для каждого конкретного пациента осуществлялся индивидуально, с учетом особенностей течения заболевания и формирования признаков психосоциального дефицита (социальной дезадаптации).

4. Последовательность. Все психосоциальные воздействия осуществлялись поочередно, в соответствии с максимальной приближенностью к обычным жизненным требованиям.

5. Преемственность. При завершении каждого этапа или всей программы психосоциальной реабилитации осуществлялись необходимость поддерживающие мероприятия (консультации).

Лечебно-реабилитационная работа проводилась бригадой специалистов с полифункциональными обязанностями, сформировавших единый подход к проводимым диагностическим и непосредственно лечебно-реабилитационным мероприятиям. В состав бригады входили специалисты различного профиля – психиатр, невролог, клинический психолог, психотерапевт. Руководителем бригады являлся врач-психиатр, структурирующий работу в бригаде. Совместно с неврологом врач-психиатр разрабатывал индивидуальную концепцию лечебно-диагностических мероприятий для каждого пациента, основанную на организации комплексного подхода, включающего медикаментозную противосудорожную, патогенетическую (сосудистую, дегидратационную, нейрометаболическую) и симптоматическую (нейролептическую, ноотропную) терапию, психотерапию и методы психолого-педагогического воздействия. Противосудорожная терапия назначалась в соответствии с формой эпилепсии (обеспечивающей клинко-энцефалографическую ремиссию приступов), преимущественно препаратами с нормотимическим и ноотропным эффектом: топамакс, трилептал, тегретол, ламиктал, левитирацетам, вимпат в возрастных терапевтических дозировках, рекомендованных к применению. Терапия сопутствующих психических расстройств при эпилепсии у подростков проводилась без отмены противосудорожной терапии (кроме случаев психических нарушений в связи с антиконвульсивной терапией, с преимущественным использованием в антипсихотиков 4 поколения, антидепрессантов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в возрастных терапевтических дозировках, рекомендованных к применению). Для коррекции астенических и когнитивных нарушений применялись ноотропы и препараты с нейрометаболическим действием, не снижающих порог судорожной готовности.

В основе психолого-психотерапевтической помощи лежал индивидуальный подход с определением наиболее подходящего для пациента, страдающего эпилепсией, вида помощи: индивидуальная работа, групповые формы работы, семейная психотерапия. Проводились психообразовательные мероприятия с родителями, с целью повышения толерантности к поведению ребенка, предъявлению к нему адекватных требований, улучшения комплайенса. А также просвещение и консультирование педагогов о психологических особенностях и специфике больных эпилепсией, с целью осуществления психологической поддержки школьников и развития их позитивного самопринятия и адекватной самооценки.

В результате проведенного комплекса биопсихосоциальных реабилитационных мероприятий, в рамках программы оказания помощи детям и подросткам страдающим эпилепсией с психическими нарушениями 18% детей получили возможность вернуться в школу к обучению в классе; 38% детей повысили успеваемость. Улучшение внутрисемейного климата отмечено у 56% семей, имеющих детей, страдающих эпилепсией. Однако, в ходе реализации реабилитационных программ были также выявлены следующие сложности:

1. Отсутствие стандартов оказания помощи детям и подросткам с психическими расстройствами при эпилепсии.

2. Применение препаратов «off-label».

3. Взаимоотношения родителей с врачами-психиатрами.

Только для 20 (25%) из них было убедительным осмотр ребенка психиатром и объяснение симптомов; 53 родителя (66,3%) были уверены, что для постановки диагноза доктор должен осмотреть ребенка несколько раз; 21 (26,2%) соглашались с диагнозом только после нескольких осмотров различными специалистами; 56 родителей (70%) были убеждены, что ребенок страдает психическим заболеванием после проведения инструментальных обследований (МРТ, ЭЭГ, ТКДГ); 62 родителя (77,5%) начинали лечение сразу, как только возможно, в соответствии с рекомендациями психиатра; 18 родителей (23,5%) отказывались от терапии; 72 родителя (90%) не были удовлетворены информацией о болезни ребенка, предоставляемой врачом; 51 родитель (69,8%) нуждались в информации о прогнозе заболевания.

4. Страх стигматизации и институциональной дискриминации.

Среди социально-значимых и представляющих опасность для общества заболеваний психоневрологического профиля среди детей и подростков педагоги ставят эпилепсию на второе место, после злоупотребление ПАВ и алкоголем, на третьем месте – депрессия и суицидальное поведение. Для 73,9% (51) педагогов необходимым было знание, что у ребенка, посещающего группу д/сада или класс, есть диагноз психического расстройства; 21,7% (15) полагали, что общение с больным ребенком вряд ли будет полезным и приятным для остальных детей; 86,9% (60) преподавателей полагали, что детей с психическими расстройствами нужно лечить медикаментозно и оказывать им психологическую помощь; 8,7% (6) считали, применение каких-либо медикаментов бессмысленно, так как психические заболевания не излечимы; 65,2% (45) педагогов подтвердили свою готовность относиться к ребенку более внимательно и терпеливо; 39,1% (27) выразили готовность объяснить другим детям, что это за расстройство; 34,8% (24) посчитали необходимым научить других детей более внимательно относиться к такому ребенку; 8,7% (6) педагогов не придали этому факту никакого значения, столько же высказали опасение, в связи с отсутствием знания о степени собственной ответственности в данной ситуации; 4,3% (3) ограничили бы общение ребенка с психическим расстройством с другими детьми.

5. Проблемы обучения детей с эпилепсией.

Эпилепсия с частыми припадками является показанием для организации индивидуального обучения на длительный период. Зачастую инициаторами перевода на данную форму обучения являются учителя, основываясь только на наличие данного диагноза у ребенка, однако, только 46% родителей согласны с этим. Индивидуальное обучение, безусловно, имеет свои положительные стороны – возможность занятий соответственно своим способ-

ностям (темпу), лучше усваивать материал, отсутствие невротизации вследствие отношений со сверстниками, возможность получить образование, и отрицательные – десоциализация (отсутствие общения со сверстниками, неумение строить отношения), привыкание к индивидуальному подходу, трудности в дальнейшем обучении.

Заключение. Таким образом, для детей и подростков, страдающих эпилепсией с психическими нарушениями, необходимо к проводимой медикаментозной терапии присоединять комплекс поэтапных психосоциальных реабилитационных мероприятий, с учетом сформированных вышеуказанных принципов, для улучшения социальной адаптации пациентов и повышения качества жизни детей, подростков, страдающих эпилепсией и их родителей. Необходимо осуществлять мультидисциплинарное взаимодействие специалистов (педиатров, семейных врачей, неврологов) и врачей-психиатров, проведение семинаров, лекций. Соблюдение принципа «направленности» в учреждении оказания квалифицированной медицинской помощи. Усиливать работу с родителями (проведение родительских школ, индивидуальных консультаций, предоставление необходимой печатной информации). Разработать программы антистигмы в образовательной сфере, предполагающей тесное сотрудничество профессионалов медицинских, психологических и социальных служб, а также педагогов, представителей администрации и общественных структур.

Литература:

1. Мухин К.Ю., Петрухин А.С. *Идиопатические формы эпилепсии: систематика, диагностика, терапия.* — М.: Арт-Бизнес-Центр, 2000. — 319 с.
2. Aicardi J. *Epilepsy in brain injured children.* // *Dev. Med. Child Neurol.* — 1990. — V. 32. — P. 191 – 202.
3. Малинина Е.В. *Условия формирования психических расстройств при эпилепсии в детском возрасте.* // *Социальная и клиническая психиатрия.* — 2006. — Т. 16. — №1
4. Austin J., Risinger M., Beckett L. *Correlates of behavioral problems in children with epilepsy* // *Epilepsia.* — 1992. — V. 33. — P.1115 – 1122.
5. Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Семенова С.В. *Комплексная оценка социальной адаптации детей и подростков, больных эпилепсией с психическими расстройствами и их реабилитация. Методические рекомендации.* /СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — СПб, 2009. — 25 с.
6. Болдырев А.И. *Эпилепсия у детей и подростков.* — М.: Медицина, 1990. — 320 с.
7. Sidenvall R. et al. *Neuropediatrics.* — 1990; 21: 153–159
8. Каубиш В.К. *Стойкие изменения психики у детей, страдающих эпилепсией: Дисс. ... д-ра мед. наук.* — Л., 1972. — 481 с.
9. Есенова М.С. *Неврозоподобные расстройства при эпилепсии у детей и подростков. Дисс. ... канд. мед. наук.* — Л., 1985. — 158
10. Абрамович Г.Б., Харитонов Р.А. *Эпилептические психозы у детей и подростков.* — Л.: Медицина, 1979. — 142 с.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С АФФЕКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Якунина О.Н., Мазо Г.Э., Липатова Л.В.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Эпилепсия и биполярно-аффективные расстройства (БАР) имеют много схожих черт, включая эпизодическое течение, возможные общие патофизиологические механизмы («разжигания», ионных каналов, нейромедиаторных нарушений), эффективность некоторых АЭП в лечении обоих состояний (Mazza M. et al., 2007). В отличие от доказанной связи эпилепсии с депрессивным расстройством, БАР, и, в частности, маниакальные состояния встречаются при эпилепсии гораздо реже (Wolf P., 1982). Недавние исследования показали, что биполярные симптомы обнаруживаются у 12,2% больных эпилепсией (БЭ), что было в 7 раз чаще, чем в общей популяции (Ettinger A.V. et al., 2005; Mula M. et al., 2008). Высокий риск суицида регистрируется как при эпилепсии, так и при БАР (Harris E.C., Barraclough B., 1997; Blumer D., Montouris G., Davies K. et al., 2004; Gillian F.G., Barry J.J., Hermann B.P. et al., 2006; Marangell L.B. et al., 2006; Tellez-Zenteno J.F. et al., 2007; Nock M.K. et al., 2010).

Много дискуссионных вопросов возникает в связи с феноменологическими характеристиками маниакальных эпизодов при эпилепсии, их связи с припадками, формой эпилепсии и локализацией очага.

Целью исследования было выявление аффективных расстройств биполярного спектра и оценка реакций эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях у БЭ.

Обследовано 90 БЭ, с использованием шкалы гипомании HCL-32 (Hypomania Checklist-32). Средний возраст пациентов составил 42 года (от 19 до 74 лет). У этих больных проведено комплексное психологическое исследование когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы. Для оценки эмоциональных реакций во фрустрирующих ситуациях, фрустрационной толерантности и степени групповой адаптации использовался тест рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга, апробированный Н.В. Тарабриной (1973,1984).

Среднее количество положительных ответов на 32 базовых вопроса шкалы гипомании было 11,1 (SD=4,5), от 3 до 20; в основной версии HCL-32 точкой разделения служит уровень 14 или выше (Мосолов С.Н. и др., 2015), его набрали 34% респондентов. Это позволяет говорить о высокой вероятности наличия у них БАР. Эпизоды подъёмов настроения сопровождали больных эпилепсией от 0 до 100 дней в году (в среднем 37,1). 47% БЭ, прошедших точку разделения первой шкалы, получили от 20 баллов и больше (с максимумом в 37) по индексу биполярности, что соответствует $\geq 20\%$ вероятности заболевания БАР.

Психологическое обследование выявило выраженную склонность к колебаниям фона настроения по данным методики ММРІ. У 69,2% БЭ интенсивность оценок по полярным шкалам 2 и 9 была почти одина-

кова (более 70 Т). У остальных пациентов преобладал, либо приподнятый фон настроения, либо сниженный. Это диагностировалось и с помощью фактора «Настроение» методики «САН». Высокая степень интенсивности того или иного полюса настроения у БЭ может свидетельствовать о возможности резкой смены настроения. Неустойчивость настроения БЭ сочеталась и с неустойчивостью самооценки и уровня коммуникабельности, причём самооценка могла колебаться также спонтанно, как и настроение. В структуре личности пациентов этой группы отмечался повышенный уровень тревожности, импульсивности при снижении ригидности. В структуре эмоционального реагирования БЭ также выявился дисфорический компонент.

При изучении эмоциональных копинг-стратегий по методике Э. Хайма у 2/3 обследованных обнаружено преобладание стратегии самообвинения и подавления эмоций. Результаты сравнения особенностей эмоционального реагирования БЭ и здоровых лиц (нормативные данные Н.В. Тарабриной) свидетельствуют, что у БЭ имеется преобладание внешнеобвинительных (Е), самообвинительных (I) и сокращение безобвинительных (М) реакций по сравнению со здоровыми лицами. При анализе типов реакций у БЭ отмечается увеличение реакций самозащитного (Е-Д), упорствующего (N-P) типа и уменьшение реакций с фиксацией на препятствии (O-Д). Различные показатели методики Розенцвейга тесно связаны друг с другом. Наиболее тесная отрицательная связь обнаружена между типами эмоциональных реакций Е-Д

и N-P ($r=-0,72$; $P\leq 0,01$). Это обусловлено различным психологическим смыслом указанных характеристик. Можно также отметить, что реакции внешнеобвинительного направления (Е) положительно связаны с самозащитным типом реакций (Е-Д) ($r=0,57$; $P\leq 0,01$). Наблюдается существование как бы двух полярных симптомокомплексов: реакции самозащитного типа (Е-Д) положительно связаны с внешнеобвинительными реакциями, а реакции разрешающего типа (N-P) – с реакциями самообвинительного направления (I) с преобладанием враждебных реакций. Установлено, что больные в возрасте 16-25 лет дают больший процент интрапунитивных реакций ($P\leq 0,05$), а больные 36 лет и старше – экстрапунитивных ($P\leq 0,01$). Тенденцию увеличения с возрастом экстрапунитивных реакций подтверждает и корреляционный анализ ($r=0,27$; $P\leq 0,05$). Для больных старшей возрастной группы характерно также доминирование самозащитного типа реакций ($P\leq 0,05$): который является менее благоприятным и характеризует слабую, плохо приспособленную личность, тогда как упорствующий тип эмоционального реагирования является индикатором сохранности приспособительных и компенсаторных возможностей больного.

Таким образом, проведенное исследование показало важность выявления аффективных расстройств у БЭ с оценкой реакций эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях с тем, чтобы предотвращать развитие импульсивных неадаптивных действий у БЭ и правильно определять терапевтические и реабилитационные мишени.

РАЗДЕЛ 3.
НАРКОЛОГИЯ

СТАТЬИ И ТЕЗИСЫ

**СОЗАВИСИМОСТЬ: ХАРАКТЕРИСТИКИ
И ПРАКТИКА ПРЕОДОЛЕНИЯ**

Абасова Г.Б., Орманова Ж.А.

*Международный Казахско-турецкий университет им. Х.А. Яссави
Шымкент, Республика Казахстан*

Созависимость – это комплекс психопатологических расстройств, возникающих у ближайших членов микроокружения (ближайшие родственники) больного химической зависимостью и приводящих к устойчивым расстройствам психического и соматического здоровья созависимых, появлению болезненных форм поведения и адаптации (Благов Л.Н., Демина М.В.).

Созависимость – это фактор риска рецидива химической зависимости у больного, фактор риска возникновения различных нарушений в потомстве, в первую очередь, риска химической зависимости, почва для развития психосоматических заболеваний и депрессии.

Созависимыми являются:

1. Лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больными с химической зависимостью;
2. Лица, имеющие одного или обоих родителей, больных с химической зависимостью;
3. Лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях.

Состояние созависимости характеризуется:

- заблуждением, отрицанием, самообманом;
- компульсивными действиями (неосознанное, иррациональное поведение);
- «замороженными» действиями;

- низкой самооценкой;
- нарушениями здоровья, связанными с хроническим стрессом.

Опыт оказания помощи созависимым охватывает такие формы работы, как лекции, индивидуальное консультирование и индивидуальная психотерапия. Главным методом и наиболее желательным является групповая психотерапия.

Стратегия коррекции созависимости:

- повышение осознания созависимого через объективное информирование о проблеме и последствиях;
- повышение самооценки созависимого через изменение отношения к себе и развитие уверенности/ассертивности;
- коррекция деструктивных методов психологической защиты (проекция вины, отрицание, рационализация и др.);
- развитие свойств психологического здоровья у созависимого.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ

Абдуллаева В.К.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан*

В последнее время все большее внимание уделяется участию патохимических реакций в генезе многих заболеваний. Исследования доказали, что наркотическая зависимость сопровождается увеличением сердечно-сосудистой заболеваемости, поражений печени, почек, дыхательной системы [10]. Изучение состояния печени при героиновой наркомании чрезвычайно важно, т.к. от этого зависит течение абстиненции ибо обезвреживание и клиренс наркотика осуществляется печенью [9].

В литературе имеется достаточно сведений, констатирующих активацию свободно-радикального окисления и наличие эндогенной интоксикации при зависимости от опиоидов, показано усугубление липопероксидации, возрастание уровня оксида азота и перекисного гемолиза эритроцитов при увеличении дозы героина, а также корреляция низкого уровня NO и низкой концентрации в плазме антиоксидантов (витамина E и C) при длительной наркотизации [10].

Целью исследования явилось изучение патогенетического значения системного окислительного стресса в зависимости от длительности наркотизации опиоидами и наличия сопутствующего поражения печени с последующей оптимизацией терапевтической тактики.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 52 больных мужского пола в возрасте от 18 до 55 лет, имеющих клинически очерченную зависимость от наркотиков опиоидной группы (МКБ 10 – F11.2). Для проведения анализа значимости клинико-динамических факторов в развитии зависимости от опиоидов обследованные больные разделены нами на 2 группы: 1 группа больных,

зависимых от опиоидов, в сочетании с соматическими расстройствами, и группа сравнения представлена больными с зависимостью от опиоидов без соматического заболевания. Данные по основным соматическим расстройствам в основной группе исследования: наличие вирусных гепатитов В и С. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, а также стандартизированные психологические методики: шкала патологического влечения к наркотику (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2001). Для определения интенсивности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) было проведено определение уровня малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови [5], активности каталазы в крови [4], определение среднемолекулярных пептидов (СМП) [3].

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования нами выявлено, что уровень ферментемии в общей группе был выше контрольного, однако находился в пределах референс интервала (11-66 Е/л), что указывает на отсутствие острого или хронического поражения печени. Более глубокий анализ полученных данных позволил установить, что интенсивность генерации АФК в крови, а также активность аланинтрансферазы (АЛТ) у обследованных пациентов изменяется в широких пределах и возрастает с увеличением длительности наркотизации, присоединения поражения печени в виде токсико-инфекционного гепатита, что явилось основанием выделить группу пациентов со стажем наркотизации до 1 года – 8,3±2,1 мес. и лиц, употребляющих опий более 1 года – 20,2±9,8 мес.

При таком подходе к трактовке полученных данных удалось выявить, что у пациентов с длительностью наркотизации до 1 года имеется умеренно выраженная эндотоксемия – увеличение СМП в 3 раза (0,063±0,009 УЕ/мг белка, в контрольной группе – 0,021±0,001 УЕ/мг белка) и окислительный стресс – увеличение МДА в 2,6 раза (1,31±0,10нмоль /мг белка, в контроле – 0,51±0,09нмоль /мг белка) на фоне снижения активности каталазы в 1,5 раза (26,9±1,1ммоль H₂O₂ / млн. эрит *мин) по сравнению с контролем (40,1±1,7ммоль H₂O₂ / млн. эрит *мин), тогда как у лиц с длительностью наркотизации более 1 года снижение активности каталазы наблюдалось в 3,5 раза (11,6±0,9), а уровень МДА и СМП превышали контроль в 5,0 (2,61±0,13) и 5,5 (0,109±0,012) раза соответственно. Таким образом, усиление генерации АФК в крови у больных с зависимостью от опиоидов происходило с увеличением стажа наркотической зависимости и присоединения поражения печени. Различия показателей МДА, СМП, каталазы и АЛТ крови в зависимости от длительности наркотизации во всех случаях были достоверными (p<0,05).

Полученные нами результаты свидетельствуют о влиянии длительности наркотизации и сопутствующего ей поражения печени на степень окислительного стресса в крови при зависимости от опиоидов. Поражение печени скудно проявляется клинически, однако о функциональном поражении гепатоцитов свидетельствует системный окислительный стресс, который развивается при истощении антиоксидантной мощности организма и депо антиоксидантов в печени.

Как показали наши наблюдения, окислительный стресс сопровождается эндогенной интоксикацией, т.к. взаимодействие АФК с молекулами белковой природы приводит к образованию низкомолекулярных продуктов ($M_n < 5000$ Да), обладающих токсическим действием – СМП-273.

Одним из важнейших неблагоприятных негативных последствий хронической наркотизации опиатами является физическая зависимость, проявляющаяся специфическими поведенческими нарушениями, и как ее следствие – развитие абстинентного синдрома. На течение абстинентного синдрома существенно влияют характерные для синдрома зависимости от опиоидов соматические расстройства – гепатотоксичность и иммунодефицит.

Так, согласно нашим данным, в период воздержания от наркотиков у больных при синдроме зависимости от опиоидов были выявлены аффективные, идеаторные, поведенческие и вегетативные компоненты патологического влечения, актуализация которых отличалась вариабельностью, пароксизмальностью или волнообразностью, а характер был прямо противоположен действию опиоидов.

Таким образом, особенностью биохимических нарушений гомеостаза у больных-наркоманов, употребляющих опиоиды, является развитие усиления генерации АФК в крови, следствием чего является развитие эндотоксемии в виду накопления продуктов деградации макромолекул. Вероятно, столь разительное увеличение изученных параметров явилось следствием недостаточности защитной системы, включающей как ферменты с антипероксидным и антирадикальным механизмом действия, так и резерв жирно- и водорастворимых биоантиоксидантов в печени. Возможно, эндогенная интоксикация и окислительный стресс связаны и с поражением печени, они влияют на течение абстинентного синдрома, т.к. у больных с высоким уровнем МДА и СМП абстиненция протекала дольше и тяжелее.

Необходимо отметить, что наши результаты исследования состояния антиоксидантной системы у больных, употребляющих опиоиды, свидетельствуют об угнетении ферментативного звена антиоксидантной защиты и необходимости включения препаратов, обладающих антиоксидантными свойствами, при лечении данной категории больных. Купирование окислительного стресса необходимо для нормализации мембранодеструктивных процессов в организме, в первую очередь, в мозге и печени, что обеспечит адекватность метаболизма в микросомальной окислительной системе препаратов, используемых в лечении – антидепрессантов, нейролептиков и др., оптимизирует постнаркотическую детоксикацию, что позволит укоротить течение абстинентного синдрома и снизить его тяжесть.

Учитывая выявленные патохимические особенности течения острой и хронической наркотической интоксикации опиатами, а также наличие системного окислительного стресса в крови у лиц, зависимых от опиоидов, традиционная терапевтическая тактика была оптимизирована следующим образом: включена патогне-

нетическая терапия с воздействием на метаболические процессы с использованием антиоксидантов, применены индивидуальные подходы к назначению психотропных средств в рамках существующих стандартов терапии. При купировании опиоидного абстинентного синдрома использовались психофармакологические препараты согласно протоколу лечения опиоидной зависимости [8], направленные на купирование его основных компонентов: анальгетики (диклофенак), транквилизаторы (сибазон), а также средства, направленные на подавление патологического влечения к наркотику (карбамазепин). К данной схеме в некоторых случаях для купирования патологического влечения к наркотику добавлялся нейролептик. Ограниченное использование нейролептиков у больных с коморбидной патологией было связано с парадоксальными клиническими эффектами за счет усиления психомоторного возбуждения, высокой частотой побочных эффектов с развитием явлений нейролептического синдрома (акатизии), неврологических осложнений. При включении в схему лечения нейролептика его выбор определялся особенностями психопатологического компонента абстинентного синдрома. У больных, зависимых от опиоидов с коморбидной патологией, при проведении терапии абстинентного синдрома в качестве патогенетической терапии вирусных гепатитов проводилась массивная инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов, растворов глюкозы с коррекцией электролитного состава крови и кислотно-щелочного равновесия. Адекватная инфузионная терапия приводила к улучшению общего состояния больных и повышала переносимость применяемых при купировании абстинентного синдрома лекарственных средств. Наряду с традиционной в качестве патогенетической мембранопротекторной терапии назначался альфа-токоферол в дозе 800 мг/сут на 2 приема. Также больным с коморбидной патологией в течение всего курса терапии назначались гепатопротекторы. Дозы употребляемых лекарственных средств определялись с учетом биологических факторов: суточная доза употреблявшегося героина, длительность наркотизации, конституция и вес больного. Для снижения риска осложнений и минимизации побочных действий психотропных средств назначались возможно меньшие дозы препаратов в группе больных с коморбидной патологией. На этапе постабстинентных расстройств препаратами выбора были антидепрессанты и нейролептические средства.

В процессе исследования было проведено сравнение эффективности традиционной терапии и оптимизированного лечения с применением антиоксиданта альфа-токоферола. Пробы крови забирали до медикаментозного купирования абстинентного синдрома, а также после прохождения 2-недельной реабилитации. Избыточное образование АФК при абстиненции инициирует процесс перекисное окисление липидов (ПОЛ) в крови пациентов обеих клинических групп, что подтверждается возрастанием уровня МДА в зависимости от длительности наркотизации относительно нормы. Важнейшая роль в регуляции свободно-радикальных процессов при-

надлежит антиоксидантному ферменту каталазе, который функционирует сопряженно и ингибирует ПОЛ на стадии активации кислорода, зарождения и разветвления цепного процесса.

Сравнительное обследование двух групп больных наркоманией, получавших различное лечение – традиционное и оптимизированное в сочетании с альфа-токоферолом показывает более выраженный лечебный эффект биорегулируемой антиоксидантной терапии. При традиционном способе лечения больных уровень МДА был достоверно выше показателя до лечения в подгруппе с длительностью наркотизации более 1 года ($2,94 \pm 0,10$) и достоверно не отличался от показателя до лечения в подгруппе с длительностью наркотизации до 1 года ($2,61 \pm 0,13$), что указывает на отсутствие эффекта традиционной терапии на показатели окислительного стресса. Более того, у лиц, имеющих поражение печени, окислительный стресс на фоне традиционной терапии усиливался.

При использовании альфа-токоферол в составе оптимизированной терапии отмечалось понижение уровня МДА у пациентов обеих групп ($0,82 \pm 0,10$; $1,33 \pm 0,10$), хотя его концентрация не достигала контрольных величин. Обращает внимание, что активность каталазы восстанавливалась до контрольного уровня у всех пациентов ($38,1 \pm 0,9$; $35,8 \pm 2,1$) и статистически не отличалась от уровня контрольной группы. Также примечательно то, что имелись достоверные отличия эффективности оптимизированной терапии с включением антиоксиданта относительно традиционной по показателям МДА, СМП и каталазы.

Как у лиц, длительно злоупотребляющих опиатами, так и у наркоманов со стажем, в пределах 1-года оптимизированная терапия с включением антиоксиданта оказывала положительный эффект, более выраженный у пациентов с длительностью наркотизации более 1 года. У них отмечалось более значимое снижение относительно исходного уровня СМП и МДА, что доказывает вклад печени в развитие системного окислительного стресса при опийной наркомании, а также то, что восстановление антиоксидантной мощности организма приводит к купированию окислительного стресса.

Увеличение активности каталазы в результате оптимизированного лечения с применением антиоксиданта привело не только к понижению интенсивности генерации АФК в крови, но и к снижению уровня СМП. Уровень СМП понизился относительно показателя до лечения в 2,4 раза ($0,045 \pm 0,012$) в подгруппе с длительностью наркотизации более 1 года и в 1,9 раза ($0,033 \pm 0,009$) – у лиц с длительностью наркотизации до 1 года ($p < 0,05$).

Изучение периода абстиненции у пациентов, получавших оптимизированное лечение с включением антиоксиданта, показало, что значительно сокращается длительность абстинентного синдрома, снижается патологическое влечение к наркотику, а низкая интенсивность генерации АФК в крови коррелирует с эффективностью терапии. Включение альфа-токоферол в комплекс оптимизированной терапии при зависимости от опиоидов способствует устойчивому и пролонгированному подав-

лению свободно-радикального окисления в крови, наблюдающемуся сразу после лечения.

Выводы.

1. Интенсивность генерации активных форм кислорода в крови у зависимых от опиоидов возрастает с увеличением длительности наркотизации и сопутствующим поражением печени, проявляясь увеличением малонового диальдегида, среднемолекулярных пептидов и угнетением активности каталазы в 5,0; 5,5 и 3,5 раза относительно контроля соответственно ($p < 0,05$).

2. С учетом выявленных мембрано-деструктивных нарушений в состав патогенетической терапии наркозависимых больных обосновано включение антиоксиданта альфа-токоферол, на фоне лечения которым отмечалось значимое снижение относительно исходного уровня среднемолекулярных пептидов (в 2,4 раза) и малонового диальдегида (в 2,0 раза), сокращение длительности абстинентного синдрома, редукция патологического влечения к наркотику. Включение альфа-токоферол в комплексе оптимизированной терапии зависимости от опиоидов способствует устойчивому и пролонгированному подавлению свободнорадикального окисления в крови, наблюдающемуся сразу после лечения.

Литература:

1. Анохина И.П. Биологические механизмы предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2007. – Т. 9, №1. – С. 10-14.
2. Бохан Н.А. Нейробиологические проблемы изучения аддиктивных расстройств (обзор региональных исследований) // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2008. – № 1. – С. 59-63.
3. Габриэлян Н.И., Левицкий Э.Р., Дмитриев А.А. и др. Скрининговый метод определения “средних молекул” в биологических жидкостях: Методические рекомендации. – М., 1985. – 26 с.
4. Зубкова С.М., Бах А.Н. Количественное определение активности каталазы крови // *Руководство к лабораторным занятиям по биологической химии*. – М.: Медицина, 1976. – С. 81-83.
5. Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты // *Современные методы в биохимии*. – М.: Медицина, 1977. – С. 66-68.
6. Дудко Т.Н. Современные подходы к реабилитации больных с зависимостью от ПАВ // *Клинические и организационные вопросы наркологии / Под ред. Е.А. Кошкиной*. – М.: Гениус Медиа, 2011. – 580 с.
7. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. – М.: Медицина, 2005. – 304 с.
8. Турсунходжаева Л.А. Протокол лечения опиоидной зависимости. Шифр международной классификации болезней – F11.2 / Л.А. Турсунходжаева, Р.П. Коршикова. – Ташкент, 2014. – 7 с.
9. Abdullaeva V.K. (2016) *Clinical-psychological and pathochemical mechanisms of the opioid addiction of persons*

with comorbid pathology / ISJ Theoretical & Applied Science, 01(33): 58-63

10. Khalsa J.H. *Medical Consequences of Drug Abuse and Cooccurring Infections: Research at the National Institute on Drug Abuse / J.H. Khalsa, G. Treisman, E. McCance-Katz, E. Tedaldi // Subst. Abus. – 2008. – Vol. 29, № 3. – P. 5-16.*

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ И/ИЛИ АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бочаров В.В., Шишкова А.М.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Известно, что болезнь члена семьи является экстремальным по силе психотравмирующим фактором, способным значительно изменить не только привычный образ жизни родственников и близких больного, но и заметно трансформировать всю их психическую сферу. Вместе с тем, если для одних болезнь близкого является лишь дополнительной стрессовой нагрузкой, не превышающей ресурсных возможностей их личности, то у других, порождая глубокий экзистенциальный кризис, представляет собой вызов для всей личности, требующий ясного понимания собственной идентичности и детерминирующий коррекцию всей системы ее значимых отношений. При неблагоприятном исходе такой кризис может вызывать развитие психической и соматической патологии или глубокий регресс личности.

В этой связи, значимым представляется изучение сущностных компонентов, оказывающих влияние на формировании субъективного переживания хронического заболевания близкого родственника.

Существуют разные подходы к описанию психологических феноменов, проявляющихся у родственников хронически больных. Так, одни авторы концентрируются на влиянии хронического стресса, переживаемого родственниками (Голубева М.С., 2006; Хазова С.А., Ряжева М.В. 2012; Hastings R.P. et al., 2005; Whalen C.K. et al., 2006). Другие исследователи отмечают последствия хронических стрессовых перегрузок, обусловленных болезнью близкого, которые, в свою очередь, приводят к эмоциональному истощению опекающих больного родственников, дегуманизации отношения к нему, то есть «выгоранию» вовлеченных во взаимодействие с больным членов семьи (Lindstrom C., Aman J., Norberg A.L., 2010). Третьи фокусируются на оценке материальных, эмоциональных и прочих затрат, сопряженных с болезнью близкого, концептуализируя их как «бремя семьи» (Корень Е.В., Куприянова Т.А., Сухотина Н.К., 2012; Biegel D.E. et al., 2007; Nebhinani N. et al., 2013). Четвертые обращают особое внимание на изменение психической дистанции между больным и опекающими его родственниками, как правило, рассматривая этот процесс в рамках концепции

созависимости (Баранок Н.В., Крупицкий Е.М., 2012; Николаев Е.Л., Чупрова О.В., 2013; Beattie M., 2001; Fuller J.A., Warner R.M., 2000).

Следует отметить, что отсутствие целостного, согласованного понимания картины происходящего с близкими хронически больных, в частности, родственниками больных с психическими расстройствами и/или химическими аддикциями, часто ведет к значительным искажениям понимания сути психологии родственника хронически больного.

Для того, чтобы преодолеть явно существующую в настоящий момент однобокость описаний психологии члена семьи хронически больного, характерную для выше перечисленных концепций, необходимо проанализировать как общую структуру кризисных переживаний близких, наиболее вовлеченных в жизнь больного с психическими и/или аддиктивными расстройствами, так и ее отдельные компоненты, представленные такими потенциально психопатологизирующими (способствующими развитию психологического кризиса) процессами как: «симбиотический регресс», «бремя семьи» и эмоциональное «выгорание». При этом, важно сконцентрировать усилия на изучении личностной активности родственников хронически больного, в одних случаях приводящей к конструктивному взаимодействию последних с макро- и микросоциальным окружением, а в других вызывающей развитие глубокого психологического кризиса и патологических форм реагирования в сложившейся жизненной ситуации.

Такой подход позволит сформировать представления об оптимальной смыслообразующей активности личности, необходимой для сохранения баланса между стремлением обеспечить максимальную поддержку больному родственнику, с одной стороны, и желанием опекающего члена семьи самоактуализироваться и сохранить собственную идентичность, с другой. Понимание механизмов, формирующих субъективные переживания болезни близкого членами его семьи, является принципиально важным с точки зрения психогигиены, психопрофилактики и психокоррекции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРВЕНЦИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Ветрова М.В., Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Ярославцева Т.С.

*Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П.Павлова
Санкт-Петербургский НИПНИ им. Бехтерева
Санкт-Петербург*

В России с 2006 г. наблюдается постоянное увеличение в относительных показателях полового пути передачи ВИЧ-инфекции. Так в 2014 г. на долю полового пути передачи вируса пришлось уже 56.4% всех случаев заражения ВИЧ-инфекцией в Северо-Западном федеральном округе.

Одним из факторов, провоцирующих половое поведение, связанное с риском ВИЧ-инфицирования, является злоупотребление алкоголем. Целью настоящего исследования было изучение эффективности работы программы профилактики рискованного поведения, связанного с распространением заболеваний передающихся половым путем (ЗППП) и ВИЧ-инфекции среди ВИЧ-инфицированных пациентов, злоупотребляющих алкоголем.

В исследовании приняло участие 700 ВИЧ-инфицированных пациентов с рискованным уровнем потребления алкоголя по критериям ВОЗ. Все больные были рандомизированы в одну из двух исследуемых групп: группу интервенций, направленных на профилактику передачи ВИЧ-инфекции и формирование здоровых взаимоотношений, или в контрольную группу. Пациентам, интервенционной группы было предложено пройти 3 групповые сессии (2,5 часа) и две часовые индивидуальные сессии в течение 5-10 дней. Сессии контрольной группы проходили в аналогичном режиме, но содержали общую информацию о здоровом образе жизни. В качестве основных переменных были выбраны: поведение, связанное с повышенным риском передачи ВИЧ-инфекции (половым и инъекционным путем) и наличие ЗППП.

Средний возраст пациентов составил 30,1 лет, 59,3% участников были мужчины. 60,4% испытуемых являлись потребителями инъекционных наркотиков, у 64,1% была диагностирована алкогольная зависимость, ЗППП встречались у 15,4% человек. Через 12 месяцев после включения в исследование ЗППП были выявлены у 20 (8,1%) участников интервенционной группы и 28 (12,0%) пациентов контрольной группы (95% CI=0,34-1,18; P=0,15). В обеих группах наблюдалось снижение поведения, связанного с риском передачи инфекции половым и инъекционным путем, однако достоверных межгрупповых различий не обнаружено.

Поведение, связанное с риском передачи ВИЧ-инфекции и частота ЗППП снижались у всех больных независимо от группы рандомизации, что свидетельствует об отсутствии эффекта от профилактической интервенции. Тем не менее, положительная динамика основных переменных при отсутствии значимых межгрупповых различий позволяет предположить большее влияние выбранного режима встреч с участниками, нежели их содержания.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКОВЬЮ ПО ВОПРОСАМ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

Габрильянц М.А.

*Аппарат Государственного антинаркотического комитета
ФСКН России
Москва*

Российская Федерация является светским государством, в котором в равной степени уважаются христианство, ислам, буддизм, иудаизм и другие религии,

составляющие неотъемлемую часть исторического наследия народов России.

Деятельность религиозных объединений основывается на нормах Конституции Российской Федерации (статья 28), Гражданского кодекса Российской Федерации (статьи 123.26 «Основные положения о религиозных организациях», 123.27 «Учредители и устав религиозной организации», 123.28 «Имущество религиозной организации»), Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» (статья 6 «Общественные и религиозные организации (объединения)»), Федерального закона от 26 сентября 1997 г. № 125-ФЗ «О свободе совести и религиозных объединениях», которым, в частности, признается особая роль православия в истории России, в становлении и развитии ее духовности и культуры.

В соответствии со Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690 (раздел II «Общие положения», пункт 10) общественные объединения и религиозные организации вправе участвовать в профилактике немедицинского потребления наркотиков и реабилитации лиц, потребляющих наркотики.

Представители большинства религиозных объединений в той или иной степени принимают участие в антинаркотической деятельности. Формы и методы этой работы разнообразны, отражают специфику различных вероисповеданий. Но имеется и общее – обращение к духовной стороне работы с потребителями наркотиков, т.е. к внутреннему миру и высшим нравственным ценностям.

Задача по координации деятельности федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в области реабилитации (за исключением медицинской) и ресоциализации лиц, осуществляющих незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ, до 1 июня 2016 г. возлагалась на ФСКН России, в структуре которого было образовано Управление аппарата Государственного антинаркотического комитета по координации деятельности в сфере реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков.¹

Указом Президента Российской Федерации от 5 апреля 2016 г. № 156 «О совершенствовании государственного управления в сфере контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и в сфере миграции» (пункты 1, 2 «а», 8 «а», 8 «б»)) ФСКН России упразднена, ее функции переданы МВД России, в структуре которого образовано Главное управление по контролю за оборотом наркотиков.

Территориальные органы наркоконтроля по разным направлениям антинаркотической деятельности взаимодействует практически со всеми традиционными

¹ Положение о Федеральной службе Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, утв. Указом Президента РФ от 28.07.2004 N 976 «Вопросы Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков» (пункты 1, 3.3 (абз. 3) раздела I «Общие положения», пункты 8.1, 8.2 (абз. 3) раздела II «Полномочия»).

конфессиями. Однако, взаимодействие с Русской Православной Церковью может быть приведено в качестве наиболее показательного примера.

21 декабря 2010 г. было заключено Соглашение о взаимодействии между Государственным антинаркотическим комитетом и Русской Православной Церковью (далее – Соглашение), подписанное председателем Государственного антинаркотического комитета (далее – ГАК) В.П. Ивановым и Патриархом Московским и Всея Руси Кириллом. В преамбуле Соглашения указана его цель: возрождение духовных традиций социального служения исходя из целесообразности объединения усилий в сфере профилактики немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ (далее – наркотики), и реабилитации лиц, потребляющих наркотики. Соглашением предусмотрено сотрудничество по вопросам психосоциальной и духовно-нравственной реабилитации, помощи и поддержки близким родственникам, развитию реабилитационных услуг на государственном, региональном и муниципальных уровнях [2]. В рамках Соглашения в 2011 году созданы:

постоянно действующая совместная рабочая группа (далее – РГ), как орган текущего руководства реализацией Соглашения (сопредседатели РГ – заместитель директора ФСКН России – руководитель аппарата ГАК Н.Б. Цветков и председатель Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон) [2];

Благотворительный фонд святого праведного Иоанна Кронштадтского (далее – БФ), обеспечивающий финансовую поддержку антинаркотической деятельности Русской Православной Церкви.

На заседании Священного Синода Русской Православной Церкви 16 декабря 2012 года был принят документ «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых, которым определены:

- понятие наркомании, как греха и болезни вследствие духовного неблагополучия, в том числе, неблагополучия всего общества (эгоизм и отчуждение, утрата духовных ценностей и нравственных ориентиров);

- отношение к потребителям наркотиков, которые должны быть не просто получателями неких «услуг по реабилитации», а активными и сознательными участниками реабилитационного процесса;

- основные принципы участия в процессе реабилитации, который понимается, как проявление Божественной благодати (руководящая роль священника, включение реабилитационного процесса в жизнь церковной общины, компетентность и ответственность лиц, реализующих реабилитационные программы);

- взаимодействие с государственными структурами и общественными организациями, средствами массовой информации [2].

Указанным документом регламентирована организация реабилитационного процесса, в том числе:

- этапы (первичное консультирование в очной или заочной форме, дезинтоксикация в медицинских учреждениях, мотивационный период в мотивационных центрах, основной период внутри приходских или монастырских церковных общин, ресоциализация, постреабилитационное сопровождение, работа с родственниками);

- содержание (деятельное раскаяние, участие в Таинствах, молитва, пост, трудовое послушание, индивидуальное духовное руководство, культурное развитие);

- задачи, решаемые на общецерковном и епархиальном уровнях.

Общецерковный уровень представлен Синодальным отделом по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви (далее – Синодальный отдел), епархиальный уровень – специальными епархиальными структурами (отделами, центрами, советами и т.д.) по противодействию наркомании или епархиальными отделами по социальному служению.

Синодальным отделом для реализации своей координирующей функции образованы:

- Координационный центр по противодействию наркомании (далее – Координационный центр), на который возложена вся текущая внутрицерковная работа по организации реабилитации и социальной адаптации наркозависимых (возглавляется Епископом Каменецким и Алапаевским Мефодием) [2];

- совещательный орган – координационный совет («совет старейшин»), состоящий из наиболее опытных священников, занимающихся реабилитацией, вырабатывающий рекомендации по стратегии церковной реабилитации;

- экспертная группа, состоящая из священнослужителей и мирян – специалистов в области реабилитации, проводящая оценку деятельности церковных реабилитационных структур.

28 мая 2015 г. Синодальным отделом утверждено Положение о сети православных реабилитационных центров (далее – Положение) [2].

Сеть объединила епархиальные структуры по противодействию наркомании с целью осуществления единого поэтапного реабилитационного процесса на всей территории Российской Федерации. В сеть входят церковные реабилитационные организации и центры, приходы и монастыри, занимающиеся реабилитацией потребителей наркотиков, а также вспомогательные структурные подразделения (консультационные кабинеты первичного приема, мотивационные центры, социальные гостиницы, «дома на полпути», православные группы поддержки потребителей наркотиков и их родственников и др.). Реабилитационные структуры в каждой епархии сохраняют свою организационную, имущественную, юридическую самостоятельность и подотчетны в своей деятельности епархиальному архиерею. Все церковные методики реабилитации должны находиться в согласии с православной антропологией, опираться на аскетическую традицию Православной Церкви.

Положением предусмотрены установление контактов между реабилитационными структурами Русской Православной Церкви и государственными организациями, действующими в сфере противодействия распространению наркомании и реабилитации, а также расширение форм такого сотрудничества.

В церковных центрах в основном используются следующие методики реабилитации: православное душепопечение, реабилитация в церковной общине, терапевтическое сообщество.

В рамках сети в единой поэтапной многоступенчатой системе помощи потребителям наркотиков участвуют священнослужители, приходские работники, специалисты (наркологи, психологи, социальные работники), добровольцы.

Реабилитационные структуры епархий вступают в сеть с благословения епархиального архиерея, после проведения проверки Координационным центром и получения положительного отзыва экспертной группы. Если такая структура существует менее 2 лет, то она вступает в сеть в качестве кандидата.

В сети действует единая система документооборота и отчетности, ведется единый учет в базе данных реабилитируемых граждан. Используются современные информационные технологии, обеспечивается соблюдение законодательства о защите персональных данных.

Информация о церковной реабилитации представлена на Интернет-сайте www.protivnarko.ru.

Церковный, духовно-ориентированный подход к реабилитации рассчитан на изменение не только образа жизни, но и образа мыслей и даже образа скрытых бессознательных побуждений. По показателям длительных ремиссий применение духовно-ориентированного подхода существенно повышает эффективность реабилитации.

Что же дает возможность добиваться столь впечатляющих результатов, какие механизмы?

Во-первых, гармоничная, здоровая вера характеризуется следующими качествами: обращением к Богу, как к неиссякаемому источнику духовных сил; уважением к собственной личности, как образу и подобию Божьему; стремлением к теплым межличностным отношениям; осознанием своего несовершенства и необходимости его преодоления. Все это способствует прекращению наркотизации².

Во-вторых, особый метафорический язык позволяет доходчиво донести истину о недопустимости немедицинского потребления наркотиков. Обретение духовного мировоззрения надежно исключает возврат к наркотизации и обеспечивает полноценную активную жизнь в обществе. Этим достигается гарантированный в любых обстоятельствах самостоятельный, безошибочный выбор между добром и злом, а наркотики – это абсолютное зло, разрушающее духовное ядро личности.

Духовно-ориентированная, православная модель соответствует эталонным требованиям к долгосрочным реабилитационным программам. Предусмотрены все необходимые этапы – от выявления и мотивации до трудовой интеграции. Четко определена цель – возвращение обновленной, свободной от зависимости личности в социум и дальнейшее поддержание трезвого образа жизни. Православная община работает по принципу группы взаимопомощи и взаимоподдержки, что снижает риск рецидива [3].

В-третьих, нельзя не упомянуть и о патриотической направленности реабилитационной деятельности Русской Православной Церкви, которая поддерживает нашу позицию о недопустимости программ снижения вреда, включая замену героина и других наркотиков метадонном, который тоже является наркотиком и препятствует исцелению от наркомании.

В 2015 году реабилитацией и ресоциализацией потребителей наркотиков занималось порядка 100 православных структур, среди которых насчитывалось около 70 реабилитационных центров, 10 адаптационных квартир, 13 православных групп поддержки. Решается вопрос об открытии центра ресоциализации (дома на полпути) в Московской области.

Русская Православная Церковь обладает следующим потенциалом для участия в реабилитации потребителей наркотиков:

- пользуется доверием у граждан страны, которые в любых обстоятельствах могут рассчитывать на поддержку Церкви;

- является единственным религиозным объединением, структурные подразделения которого (епархии, приходы и монастыри) с достаточной плотностью расположены на всей территории страны;

- располагает необходимыми материальными и кадровыми ресурсами для реабилитационной деятельности;

- обладает иерархической организационной структурой, позволяющей создать сеть церковных и вспомогательных организаций для полного охвата реабилитационного процесса;

- поддерживает государственную антинаркотическую политику, стремится к развитию взаимодействия с органами государственной власти³.

В субъектах Российской Федерации налаживается стабильное сотрудничество с представителями епархий, которые:

- привлекаются к работе антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации;

- включаются в состав межведомственных рабочих групп по вопросам реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков;

- возглавляют стационарные реабилитационные центры и приходскую амбулаторную работу;

² Пашковский В.Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: Краткое руководство для врачей. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2007. – 144 с.

³ Методология социальной реабилитации наркозависимых в церковной общине / Иг. Мефодий (Кондратьев), Р.И. Прищенко, Е.Е. Рыдалевская / Предисловие Н.М. Сироты. – М.: ООО «Адвадсед Солюшнз», 2013. – 88 с.

- поддерживают работу родительских комитетов и родительских объединений;

- участвуют в совместных совещаниях, семинарах, конференциях, просветительских и профилактических мероприятиях, выступают в средствах массовой информации;

- в специально выделенные дни служат молебны об исцелении от алкогольной и наркотической зависимости;

- подготавливают и издают книги и фильмы антинаркотической направленности;

- создают и возглавляют православные группы поддержки.

В качестве иллюстрации можно привести опыт Сибирского федерального округа, в котором с 2012 года действует рабочая группа по реализации Соглашения о взаимодействии между Государственным антинаркотическим комитетом и Русской Православной Церковью (далее – рабочая группа). При участии рабочей группы в округе развивается многоуровневая Епархиальная система реабилитационных центров, среди которых отличаются центры в Новосибирской, Иркутской, Кемеровской областях. Создаются и вспомогательные подразделения: мотивационные и консультационные пункты, центры по оказанию социальной помощи и поддержки, адаптационные квартиры. Реабилитация осуществляется в православных общинах и продолжается в среднем от одного до двух лет. Программа реабилитации основана на оказании духовно-психологической помощи потребителям наркотиков и их родственникам. Цель устранения зависимости от наркотиков достигается решением глубинных личностных, мировоззренческих и нравственных проблем. Программа реализуется при участии духовенства, православных врачей, психологов и социальных педагогов. Последующая ресоциализация включает коррекционно-педагогический, образовательный и социально-терапевтический компоненты. Оказывается помощь в восстановлении документов, утраченных социальных связей, трудоустройстве. Процент лиц, успешно прошедших реабилитацию и находящихся на ресоциализации составляет в среднем порядка 70%.

Дополнительно организуются конференции, стажировки для сотрудников реабилитационных центров, оказывается методическая помощь по вопросам грантовой поддержки, оформления учредительной документации, решаются вопросы участия представителей реабилитационных центров в работе антинаркотических комиссий, выделения земельных участков и зданий под реабилитационные центры.

Организуя взаимодействие по вопросам реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков в православными приходами, необходимо обращать внимание на следующие особенности.

1. В соответствии с Федеральным законом от 26 сентября 1997 г. № 125-ФЗ «О свободе совести и о религиозных объединениях» (часть 1 статьи 6 и 7, часть 2 статья 18) православные общины создаются в целях сов-

местного исповедания и распространения веры, но имеют право создавать другие организации для реализации своих уставных целей и задач, в том числе им не запрещено создавать реабилитационные структуры. Таким образом, участие в реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков не является основным видом деятельности православных общин.

2. Священнослужители за редкими исключениями не являются профессионалами в медицине, психологии, социальной работе. Их подготовка по вопросам реабилитации потребителей наркотиков в основном складывается из личного опыта и проводимых стажировок. Подчас они нуждаются в информационном и методическом обеспечении. Вместе с тем, профессионализм православных священнослужителей в вопросах духовной жизни, в котором им нет равных, позволяет исправлять искаженный наркотиками внутренний мир потребителей наркотиков, формировать трезвенническое мировоззрение, как фундамент успешной реабилитации.

3. Местные религиозные организации подчиняются епархиальным архиереям, которые, в свою очередь, подчинены руководству Русской Православной Церкви по вопросам веры, но обладают значительной самостоятельностью по другим вопросам, включая социальную реабилитацию и ресоциализацию потребителей наркотиков. Вместе с тем, епархиальные архиереи и руководители местных религиозных организаций заинтересованы в привлечении новых прихожан, распространении веры, поддержке со стороны силовых структур, что достигается через социальное служение. Это является дополнительным стимулом к взаимодействию церковных реабилитационных структур с правоохранительными органами.

4. Приходится сталкиваться с существованием псевдорелигиозных в том числе, псевдоправославных организаций и групп. Во всех сомнительных случаях целесообразно наводить в епархиях справки о таких организациях, интересоваться, выдавалось ли им соответствующее епархиальное предписание, имеется ли благословение епархиального архиерея. Информацией о религиозных организациях также располагают территориальные органы Минюста России и действующие при них экспертные советы по религиоведению.

Учитывая изложенное, развитие взаимодействия с реабилитационными структурами Русской Православной Церкви в полной мере отвечает решению задач по реализации поручений Президента Российской Федерации по итогам состоявшегося 17 июня 2015 г. заседания президиума Государственного Совета Российской Федерации по теме «О реализации государственной антинаркотической политики» и постановлении Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 8 июля 2015 г. № 353-СФ «О дополнительных мерах по комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача».

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКА ИНЪЕКЦИОННОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИОИДНЫХ НАРКОТИКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ

Джалилова З.О., Илюк Р.Д., Киселев А.С.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Эпидемия ВИЧ инфекции в России характеризуется как концентрированная (по классификации ВОЗ) и продолжает генерализовываться. Субпопуляцией, реализующей инъекционный и половой пути инфицирования, являются потребители инъекционных наркотиков (ПИН). Для разработки эффективных интервенций, позволяющих уменьшить темпы эпидемии ВИЧ необходимо изучение факторов, влияющих на поведение, в том числе, связанное с риском инфицирования инъекционным путем.

Цель исследования: выявление и анализ взаимосвязей показателей риска инъекционного инфицирования ВИЧ с социально-демографическими, клиническими, психологическими и психопатологическими характеристиками ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных потребителей опиоидов.

Объект и методы исследования/ С помощью специально разработанного клинического опросника (КО), теста оценки степени риска инфицирования ВИЧ (ТОСР), визуально-аналоговой шкалы «Влечение к ПАВ» (ВАШ), опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), шкалы оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), опросника «Способы совладающего поведения» Лазаруса (WCQ), опросника «Характеристики и ориентации гнева STAXI Ч.Д. Спилбергера» (STAXI), 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла (16-PF-C), модифицированной шкалы дискриминации /стигматизации (Link) было обследовано 46 пациентов с опиоидной зависимостью (ОЗ), 57 – с опиоидной зависимостью и ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ) и 90 здоровых человек, включенных в группу контроля (КГ). Методы статистической обработки: Для выявления связей между качественными признаками использовался точный критерий Фишера. Для выявления взаимосвязей между количественными переменными проведен корреляционный анализ: для нормально распределенных переменных подсчитаны коэффициенты корреляции (r) Пирсона, в остальных случаях – r Кендалла. При анализе различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$. Для расчетов применялся статистический пакет SPSS 19.0.

Результаты исследования/ В первую группу вошли опиоидзависимые ПИН, не инфицированные ВИЧ (ОЗ) $n=46$ (67,39% ($n=31$) мужчин и 32,61% ($n=15$) женщин). Средний возраст респондентов составил 23,80 года ($SD=4,91$). Во вторую группу вошли опиоидзависимые ПИН, инфицированные ВИЧ (ОЗВИЧ) $n=57$ (56,14%

($n=32$) мужчин и 43,86% ($n=25$) женщин), находящиеся на субклинической стадии инфицирования ВИЧ по классификации В.И. Покровского (2001). Средний возраст обследованных составил 26,07 лет ($SD=4,39$). Средняя длительность ВИЧ-инфекции – 49,7 ($SD=9,30$) месяцев. Статистически значимых различий между группами по полу и возрасту выявлено не было. По данным опросника ТОСР установлено, что показатель риска инфицирования ВИЧ при наркотизации в группе ОЗВИЧ составил 6,12 балла ($SD=1,34$) и более выражен, чем в группе ОЗ – 5,72 ($SD=1,60$), однако статистической значимости по этому показателю выявлено не было. Выраженность показателя риска инфицирования ВИЧ половым путем – 6,61 балла ($SD=1,80$) и итоговая величина ТОСР – 0,32 ($SD=0,06$) в группе ОЗВИЧ, статистически значимо выше, чем в группе ОЗ – 5,78 баллов ($SD=1,23$), 0,29 балла ($SD=0,06$) соответственно ($p \leq 0,05$).

При проведении корреляционного анализа были установлены общие и специфические взаимосвязи между выраженностью риска инъекционного инфицирования ВИЧ и биопсихосоциальными характеристиками ПИН. Общими факторами, влияющими на выраженность инъекционного (РИИП) риска инфицирования ВИЧ у опиоидзависимых обеих групп вне зависимости от ВИЧ статуса являлись: молодой возраст ($гоз=-0,56$; $гозвич=-0,58$; $p < 0,01$), низкая потребность в семейной жизни ($гоз=-0,45$; $p < 0,01$; $гозвич=-0,29$; $p < 0,01$), короткий инфекционный анамнез (гепатиты В и С) ($гоз=-0,55$; $гозвич=-0,48$; $p < 0,01$), ранний возраст начала потребления ПАВ ($гоз=-0,34$; $гозвич=-0,30$; $p < 0,05$), короткая продолжительность потребления различных ПАВ ($гоз=-0,55$; $гозвич=-0,61$), выраженное влечение к героину (ВАШ) ($гоз=0,40$; $гозвич=0,39$; $p < 0,01$), выраженность депрессивной симптоматики (MADRS) ($гоз=0,40$; $p < 0,01$; $гозвич=0,29$; $p < 0,05$), личностные факторы методики Кеттелла (16-PF-C): фактор F (экспрессивность) ($гоз=0,50$; $гозвич=0,50$; $p < 0,01$), фактор E (доминантность) ($гоз=0,45$; $p < 0,01$; $гозвич=0,29$, фактор L (подозрительность) ($гоз=0,39$; $p < 0,01$; $гозвич=0,30$; $p < 0,05$), фактор Q2 (конформизм) ($гоз=0,49$; $p < 0,05$; $гозвич=0,29$; $p < 0,01$), фактор f2 (экстраверсия) ($гоз=0,47$; $гозвич=0,31$; $p < 0,01$), конфронтативный копинг (WCQ) ($гоз=0,51$; $гозвич=0,41$; $p < 0,01$), гнев-реакция (STAXI) ($гоз=0,51$; $p < 0,01$; $гозвич=0,41$; $p < 0,01$), экспрессия гнева вовне (STAXI) ($гоз=0,35$; $гозвич=0,39$; $p < 0,01$), низкая стигматизация по наркозаболеванию (Link) ($гоз=-0,57$; $гозвич=-0,34$; $p < 0,01$).

Специфическими факторами для группы ОЗ с отрицательным ВИЧ статусом, снижающими инъекционный риск инфицирования ВИЧ, являлись: высокий уровень образования ($гоз=-0,37$; $p < 0,01$), выраженные показатели SCL-90 «соматизация» ($гоз=-0,35$; $p < 0,05$) и «межличностная чувствительность» ($гоз=-0,29$; $p < 0,05$). Факторами, повышающими риск инъекционного инфицирования ВИЧ, являлись: низкий ремиссионный потенциал ($гоз=-0,33$; $p < 0,05$), личностные факторы методики Кеттелла (16-PF-C): фактор Н (смелость) ($гоз=0,30$; $p < 0,05$), фактор MD (переоценка собственных возможностей) ($гоз=0,45$; $p < 0,05$),

склонность к раздражительности и гневу, как личностная особенность (STAXI) ($\text{гоз}=0,31$; $p<0,05$, сиюминутное состояние гнева (STAXI) ($\text{гоз}=0,3$; $p<0,01$). Специфическими факторами для группы ОЗ ВИЧ с положительным ВИЧ статусом, приводящими к повышению риска инъекционного инфицирования ВИЧ в группе ОЗВИЧ являлись раннее начало половой жизни ($\text{гозвич}=-0,37$; $p<0,01$), более благополучное материальное положение ($\text{гозвич}=0,27$; $p<0,05$), короткая продолжительность ВИЧ инфекции ($\text{гозвич}=-0,38$; $p<0,01$), субъективные признаки подавленности (MADRS) ($\text{гозвич}=0,31$; $p<0,05$), личностные факторы методики Кетелла (16-PF-C): фактор q3 (низкий самоконтроль) ($\text{гозвич}=-0,31$; $p<0,01$), фактор q4 (напряженность) ($\text{гозвич}=0,39$; $p<0,01$), фактор f1 (высокая тревожность) ($\text{гозвич}=0,34$; $p<0,01$).

Выводы. Установлен многоуровневый комплекс факторов, связанных с риском инъекционного инфицирования ВИЧ в группах ПИН. При опиоидной зависимости, не зависимо от ВИЧ статуса, риск инфицирования инъекционным путем сопряжен с демографическими (молодой возраст), психологическими (экстравертированность, экспрессивность, доминантность, напористость, эксцентричность, самонадеянность, состояние гнева), поведенческими (дезадаптивная стратегия конфронтации – импульсивность, конфликтность, враждебность), клиническими (небольшой стаж употребления ПАВ, большая степень влечения к опиоидам, депрессия, меньшая продолжительность вирусных гепатитов) характеристиками. Увеличение стигматизации по наркостатусу снижает инъекционный риск в обеих группах ПИН. В группе ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых ПИН инъекционный риск увеличивается при наличии таких личностных черт, как сниженный самоконтроль, тревожность, а также состояния подавленности. Чем меньше длительность ВИЧ, тем больше инъекционный риск. РИИП в группе ОЗ ассоциирован с более низким образованием, неадекватной самооценкой, ощущением ухудшения соматического здоровья и снижением негативных ожиданий относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций.

СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО МЕНЕДЖМЕНТА В НАРКОЛОГИИ

Зенцова Н.И., Мубаракова К.В., Корендюхина А.О.

ФМИЦПН им. В.П. Сербского
Москва

Для наркологических больных (алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями) и потребителей наркотиков характерна различной степени выраженности анозогнозия – отторжение или значительное приуменьшение признаков наркологического заболевания и связанных с ним медицинских и социальных последствий. В связи с этим больные с наркологическими заболеваниями не критично относятся к имеющимся у них психическим и поведенческим расстройствам, связанным с употреблением

психоактивных веществ, и своевременно не обращаются за специализированной наркологической помощью.

По данным эпидемиологических исследований, во всех странах мира, в том числе в Российской Федерации латентность наркологических заболеваний и потребления наркотиков с пагубными последствиями довольно велика. Коэффициент латентности для лиц с зависимостью от ПАВ составляет от 1:5 до 1:10, для лиц с пагубными последствиями потребления ПАВ – 1:50.

Таким образом, одной из основных задач при работе с наркологическими больными и потребителями ПАВ является формирование у них мотивации обращения за наркологической помощью, включая медицинскую реабилитацию. В организационном плане эта задача решается с помощью целого ряда различных форм организационного менеджмента.

Аутрич-работа,

Аутрич-работа – это форма и метод взаимодействия с потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) и с теми людьми, которые подвержены риску заражения ВИЧ-инфекцией и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями. Слово «аутрич» происходит от английского *outreach*, означающего буквально «охват вне» территории основного места предоставления услуг. Аутрич-работа означает проведение профилактической деятельности в привычной для целевой группы обстановке вне учреждений, предоставляющих социальные или медицинские услуги.

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) являются закрытой группой населения, которые имеют низкую мотивацию к обращению за медицинской или социальной помощью, сталкиваясь с высоким уровнем стигматизации. **Целью** аутрич-работы является обеспечение более широкого доступа к закрытым группам ПИН в привычной для них обстановке для эффективного проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и других социально значимых инфекций.

В **задачи** аутрич-работы входят:

- 1) поиск, установление и поддержка контактов с ПИН, помощь и поддержка ПИН в рамках проведения профилактических мероприятий, направленных на снижение риска заражения ВИЧ-инфекцией и другими социально-значимыми заболеваниями (вирусные гепатиты, туберкулез, ИППП);
- 2) сбор информации о практиках рискованного поведения ПИН и факторах, которые на него влияют;
- 3) предоставление информации по вопросам здоровья, менее опасного употребления наркотиков, безопасного секса, передозировок;
- 4) привлечение ПИН в пункты профилактики ВИЧ-инфекции, к тестированию на ВИЧ, ИППП, в программы медико-социальной помощи;
- 5) направление в другие службы: наркодиспансер, программы лечения наркозависимости, в медицинские и социальные учреждения (например, в Центр СПИД);
- 6) обсуждение рискованного поведения с членами целевой группы;

- 7) обучение менее рискованному поведению, менее рискованным сексуальным практикам;
- 8) предоставление информационных материалов;
- 9) распространение раздаточных материалов и других средств гигиенической защиты;
- 10) оказание психологической помощи наркозависимым.

Три основных направления профилактической работы, направленной на изменение рискованного поведения:

- Мотивирование на самостоятельное обращение целевой группы в учреждения;
- Ввод в программу социального сопровождения;
- Информирование представителей социальных и медицинских учреждений об особенностях целевой группы и специфике работы с ними.

Целевыми группами аутич-работы (в программах по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН) являются потребители инъекционных наркотиков, секс-работники, употребляющие наркотики, близкое окружение ПИН.

Проведение аутич-работы. Изучение ситуации среди ПИН в городе (районе, области) включает: определение районов дислокации ПИН, выявление «проводников» – людей, которые являются ПИН, готовы к сотрудничеству с аутич-работниками, и способны вызывать доверие к аутич-работникам в своих сообществах, – и установление контактов с ними. Ключевыми носителями информации могут являться сами ПИН, их близкие, медицинские и социальные работники, оказывающие помощь ПИН (врачи-наркологи, врачи-инфекционисты, психологи). Необходимо собрать информацию о следующих аспектах зависимости от психоактивных веществ (ПАВ): виды употребляемых ПАВ, основные виды инъекционного поведения, где встречаются ПИН и в какое время. Процесс сбора такой информации называется «картированием».

Необходимо составить карту для нанесения на нее мест, где собираются представители целевого сообщества. По карте определяются: районы (места), где необходимо проводить профилактическую деятельность, расположение служб, работающих с целевой группой (медицинские учреждения, социальные службы, другие организации, проводящие подобную работу в районе и т.д.), расположение участков и отделений внутренних дел. Точки проведения аутич-работы на начальных этапах работы аутич-программы целесообразнее располагать в отдалении от опорных пунктов полиции.

В процесс «картирования» важно вовлекать представителей целевой группы. Потребители инъекционных наркотиков могут помочь с определением точек для проведения аутич, которые будут удобны и доступны для представителей целевой группы.

Самым важным моментом аутич-работы является создание доверительных отношений между аутич-работником и представителем целевой группы. На данном этапе социальному работнику следует быть предельно тактичным, не рассчитывать на достижение быстрого

результата и ставить перед собой реалистичные задачи. Задача первого этапа – это установление доверительных отношений и предоставление информации о программе. В том случае, если контакт установлен, необходимо, чтобы с данным клиентом общение продолжал тот же самый аутич-работник. Рекомендуется оставить клиенту визитку с контактными телефонами и адресом, куда он или она могут обратиться. Ни в коем случае не следует настаивать на том, чтобы клиент оставил какие-либо личные данные при первом же контакте. Однако если клиент готов их предоставить, необходимо заверить его в конфиденциальности полученной информации.

Успешность работы с клиентом (изменение поведения) зависит от регулярности контактов и успешности формирования у клиентов стремления к регулярному взаимодействию с аутич-работником. Необходимо, чтобы время, кратность и место проведения контакта выбиралась с учетом удобства и потребностей клиента.

Цель установления постоянного контакта с клиентом – это регулярное влияние на изменение рискованного поведения ПИН посредством информирования клиента о возможностях, которые проект может предоставить целевой группе в целом, и конкретному клиенту в частности. Может включать в себя выявление потребности клиента в какой-либо услуге, например, в обследовании на ВИЧ-инфекцию и пр. Предоставляемая информация должна быть достоверной, преподноситься в доступной для данной группы форме и учитывать индивидуальные особенности клиента. Наиболее эффективным методом донесения информации до клиента является совмещение устного информирования с выдачей информационных материалов, в которых та же информация изложена в развернутом виде (флаеры, брошюры и пр.).

Поскольку представители целевой группы не склонны распространяться о своих проблемах, необходимо использовать следующие методики:

- Задавать клиенту простые и понятные вопросы, которые не будут его отпугивать. Лучше задавать открытые вопросы, на которые клиент не сможет ответить односложно.

- Побуждать клиента задавать вопросы аутич-работнику.

- Подтверждать обязательство сохранять конфиденциальность, получая любую личную информацию.

Необходимо отделять информацию о реальных потребностях клиента от потока личной информации, которой клиент может поделиться с аутич-работником. Клиент может нуждаться в том, чтобы его выслушали, однако, не всегда это та информация, которая необходима аутич-работнику для выявления потребностей клиента. Список «жалоб» клиента необходимо перевести в список конкретных задач или возможных мотивов к действию с целью изменить ситуацию. Выявив потребности, следует совместно с клиентом определить степень важности каждой проблемы и определить порядок их решения (восстановление документов, получение медицинской помощи, отказ от наркотиков).

Задачей аутрич-работника является построить разговор таким образом, чтобы клиент самостоятельно принял решение о том, какие действия он готов предпринять для разрешения конкретной проблемы, то есть фактически он должен подготовить почву для принятия решения, показав существующие возможности. При этом не следует ожидать того, что клиент примет решение достаточно быстро. Даже если клиент говорит о том, что собирается лечь в больницу, далеко не всегда это становится реальностью. Аутрич-работнику не следует ожидать от клиента, что он будет дисциплинированным и сдерживать свои обещания. Даже если клиент не предпринимает действий для изменения ситуации, это не означает, что он отказался от своего решения. Возможно, ему требуется больше времени и/или больше информации. Поэтому важно продолжать работу с клиентом независимо от того, предпринимает ли клиент какие-либо шаги для изменения ситуации или нет.

Важным моментом является получение от клиента обратной связи о результатах его самостоятельной деятельности в сторону улучшения ситуации. Необходимо анализировать и обсуждать положительные и отрицательные моменты, связанные с получением помощи в учреждениях, и на основании полученной информации адаптировать стратегию работы с клиентом. На этом этапе очень важно подключать к работе с клиентом других сотрудников программы, в частности психолога и специалиста по социальному сопровождению. Это позволит решать проблемы клиента максимально комплексно и с учётом личностных особенностей клиента.

Аутрич-работа – это метод, который используется для достижения различных целей, как краткосрочных (проведение исследования, тестирования, изучение наркоситуации, информирование целевой группы), так и долгосрочных (социальное сопровождение, улучшение доступа к различным услугам, реабилитация). Она уникальна тем, что позволяет увидеть и оценить все изменения и процессы, происходящие внутри целевой группы, и позволяет построить максимально эффективные модели работы с целевой группой, а также позволяет достичь гибкости при реализации программ работы с ПИН.

Служба медико-социального сопровождения (кейс-менеджмент)

Служба медико-социального сопровождения начала свою работу как отдельное направление в 2005 г. на базе уже имеющихся программ профилактики ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний среди групп высокого риска. В 2009 г. в Службе работали 9 специалистов по индивидуальному сопровождению. Это – психологи, социальные работники и «равные» консультанты с большим опытом работы в области оказания помощи людям с проблемой ВИЧ-инфекции и наркозависимости. Сопровождение всех, кто обратился в Службу, проводится на добровольной основе и на принципах конфиденциальности. Доступ к услугам Службы клиенты могут получить по телефону «горячей линии», через сотрудников профильных медицинских учреждений. Кейс-менеджеры курируют взаимодействие с отдельными профильными ЛПУ, а

также с другими государственными и негосударственными учреждениями и организациями, предоставляющими помощь клиентам нашей целевой группы.

Работа кейс-менеджеров строится по следующему алгоритму сопровождения:

1) Установление контакта, анализ ситуации, мотивация, составление индивидуального плана и подписание контракта (выработка договоренности) по медико-социальному сопровождению клиента.

2) Индивидуальное сопровождение (непосредственное), а также направление в различные лечебно-реабилитационные учреждения.

3) Мониторинг предпринятых действий (в т.ч. корректировка плана) и анализ результатов.

Формы работы:

- Информирование и распространение литературы, посвященной профилактике ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и инфекций, передающихся половым путем;

- Мотивационное консультирование, психологическая поддержка, индивидуальное сопровождение, обеспечение доступа к услугам государственных учреждений здравоохранения, правовой и социальной защиты и последующий патронаж. Работа основана на принципе обратной связи от учреждений и клиентов;

- Телефонное консультирование по телефонам «горячей» линии по вопросам профилактики, лечения ВИЧ-инфекции и социальному сопровождению;

- Содействие в получении доступа к медицинским услугам (тестирование на ВИЧ-инфекцию, получение антиретровирусной терапии, лечение от наркозависимости);

- Направление на консультации к «доверенным» врачам (к инфекционисту, наркологу, дермато-венерологу, акушеру-гинекологу) ЛПУ города;

- Консультирование близких и родственников людей, живущих с ВИЧ-инфекцией;

- Развитие партнёрского взаимодействия с другими государственными и некоммерческими организациями, оказывающими услуги целевым группам программы (женские консультации, кожно-венерологические диспансеры, социальные службы районов).

Служба медико-социального сопровождения (кейс-менеджмента) базируется в Пункте профилактики ВИЧ-инфекции программы «Обеспечение доступа к медицинским услугам для потребителей инъекционных наркотиков и лиц, вовлеченных в сферу оказания сексуальных услуг». Практическая работа в рамках программы ведется на всех этапах сопровождения, начиная от аутрич-работы на улицах города, и заканчивается в стационарах инфекционной больницы им. С.П. Боткина и других медицинских учреждений.

Специалисты устанавливают контакт с клиентами и передают их на сопровождение в Службу, часть представителей целевых групп становится клиентами Службы с помощью «горячей линии» по социальному сопровождению. Работа кейс-менеджеров строится по вышеописанному алгоритму.

Кейс-менеджеры составляют план мероприятий по сопровождению (направление на обследование, госпитализация, правовая помощь и т.п.), курируют взаимодействие с отдельными профильными учреждениями и, прежде всего, с инфекционной больницей им. С.П. Боткина, Городской наркологической больницей, областным и городским СПИД-Центрами. Помимо работы по сопровождению, кейс-менеджеры выезжают на аутрич-работу для установления контакта с клиентами, развивают сеть доверенных врачей.

Формирование системы доверенных врачей в госучреждениях

Согласно Федеральному закону от 08.01.1998 N 3-ФЗ (ред. от 25.11.2013, с изм. от 04.06.2014) «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изм. и доп., вступающими в силу с 25.05.2014) помощь больным наркоманией оказывается при наличии их информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, полученного в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

Однако, на больных наркоманией, находящихся под диспансерным наблюдением и продолжающих потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющихся от лечения, а также на лиц, привлеченных к административной ответственности или осужденных за совершение преступлений к наказанию в виде штрафа, лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, обязательных работ, исправительных работ или ограничения свободы и нуждающихся в лечении от наркомании, по решению суда может быть возложена обязанность пройти лечение от наркомании и могут быть назначены иные меры, предусмотренные законодательством Российской Федерации. (Ст. 54 ФЗ от 08.01.1998 N 3-ФЗ, п. 2 и 3).

Из вышесказанного следует, что в целом наркологическая помощь в нашей стране оказывается добровольно, а в ряде случаев даже возможно направление наркозависимого на принудительное лечение. Но что делать, если ситуация обратна?

В ряде случаев врачи амбулаторного или стационарного звена, по каким бы то ни было причинам, отказывают обращающимся к ним за помощью наркозависимым в соответствующем лечении. Хотя такой отказ является незаконным – в данной ситуации права наркозависимых, обращающихся за помощью, защищает Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (глава 4, ст. 18 и 19).

С чем может быть связан подобный поступок, который не только запрещается законом, но и противоречит широко известной Клятве Гиппократата (или Клятве Российского врача, в современной версии)? Возможно, явление стигматизации наркозависимых распространено не только среди широких слоев населения, но и среди представителей «интеллигенции» – врачей.

Наше отношение к наркоманам будет определять то, что мы думаем об этой социальной группе. «Наркоманы опасны», или «один раз укололся, будешь «торчать» всю жизнь», «наркоман – это навсегда» – наиболее часто встречаемые из этих предубеждений. Стереотип мышления «Все наркоманы – лентяи и бездельники, могут только колотиться и воровать» не изменится, несмотря на то что наркоманы могут прилагать все усилия для изменения поведения.

Стереотипы или ярлыки по отношению к наркотикам и их потреблению часто создаются как специалистами в этой области (медиками, милицией), так и самими потребителями, а затем проникают в общественное сознание и бессознательное с помощью СМИ – газет, ТВ и радио.

Классическим определением «наркомана» является цитата из учебника для курсантов академии МВД РФ по профилактике преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков: «Наркоман – опустившееся, безвольное, порочное существо, уничтожающее все живое, угроза обществу и нашим детям». Оттуда же взята следующая классификация групп людей, сформированных употреблением наркотиков: «наркоманы», «шизофреники», «маньяки» и «зомби».

Средства массовой информации поддерживают стигму, представляя общественности узко сфокусированные истории, основанные на стереотипах и предубеждениях. На основании исследований СМИ выявлены характеристики стигматизируемых, которые усиливают предубежденность стигматизаторов. В отношении потребителей наркотиков, эти характеристики легко могут быть обнаружены в публикациях СМИ в описаниях «типичных наркоманов». Обычно сами журналисты в беседе со специалистами, просят дать им некую обобщенную характеристику. Итак, «типичный наркоман» это молодой человек, с «типичной внешностью» (чаще молодых людей, увлекающихся альтернативной музыкой), безработный. Считается, у «наркомана» должны быть множественные нарушения функций (телесных и душевных), из-за чего он обязательно подвергался или подвергнется лечению. Особенно значимой стигматизирующей характеристикой является неспособность отвечать за свои действия: «наркоман под действием тяги к наркотику способен на все», что означает совершение преступлений.

С другой стороны, «наркоманы» ответственны за то, что его наркомания вызвана ими самими. Поскольку она «неизлечима», и поэтому «бывших наркоманов не бывает»; ее «рабы» «будут постоянно нуждаться в наркотиках или лекарствах, чтобы нормально себя чувствовать».

В большинстве сообщений СМИ, криминальность преподносится как основной признак потребителей наркотиков. Стигматизирующим фактором также является «инфекционность» наркомании. Регулярно применяются обороты: «наркоэпидемия», заразность наркомана (понарился – подсадил друга), требования изоляции в «лепрозории», ассоциации («наркотик – зараза», «защитим детей от заразы»).

Помимо всех перечисленных выше стереотипов существует целая группа подобных стигм, связанная с приверженностью наркоманов лечению в целом. Многие врачи-специалисты общесоматической медицины уверены в том, что лечение пациента, употребляющего наркотики – «дело совершенно безнадежное».

«Безнадежным» оно может быть по многим причинам. Это уверенность врачей в том, что не имеет смысла вкладывать силы и лекарственные средства в лечение человека, который «добровольно себя убивает». При этом упускается из виду, что наркомания сама по себе – такая же болезнь, не лучше и не хуже, чем «пневмония», «бронхит» или «ишемическая болезнь сердца». В Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра различные виды наркомании кодируются шифрами F10-F19 как «психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ». Так почему проявления одной болезни влекут за собой отказ в лечении другой? Другой возможной причиной скептицизма врачей-интернистов может быть уверенность в отсутствии у пациента с наркоманией мотивации к выполнению назначенных врачом предписаний, в невозможности достижения комплаенса в работе с таким пациентом. Все перечисленные причины достаточно субъективны и безусловно не могут быть достаточным основанием для отказа такому пациенту в лечении.

Однако, к сожалению, такие отказы часто имеют место, и мы наблюдаем обратный процесс – *стигматизацию врачей* среди нуждающихся в стационарном лечении пациентов-наркоманов. Это приводит к тому, что такие пациенты уже не обращаются добровольно за помощью, потому что совершенно справедливо не видят в этом смысла – они не верят в то, что им окажут полноценную медицинскую помощь. У них *исчезает мотивация к обращению за медицинской помощью*.

Как можно сформировать подобную мотивацию у пациентов, больных наркоманией?

Один из возможных путей – формирование системы доверенных врачей среди специалистов общесоматических стационаров в госучреждениях.

В чем заключается подобная система?

В статье уже обсуждалась тема аутрич-работы, а также ее положительные стороны. Одной из таких сторон является возможность налаживания связи и информирования нуждающихся в помощи пациентов о наличии в определенных государственных учреждениях врачей-специалистов, готовых и заинтересованных в том, чтобы оказать соответствующую их специальности медицинскую помощь. При этом важно информирование не только о самом факте существования таких специалистов, но и указание их имен и возможных путей контакта с ними.

Поскольку аутрич-работники пользуются среди пациентов, употребляющих ПАВ, бесспорным доверием, это может сыграть ключевую роль в устранении последствий стигматизации медицинских работников в целом, а также формировании мотивации к обращению за медицинской помощью.

В рамках данной системы пациент получает возможность консультироваться со своим доверенным врачом в удобное для себя время, проходить по показаниям любые инструментальные и клинико-лабораторные исследования, необходимые для успешного лечения его патологии, наблюдаться у врачей смежных специальностей с учетом выявленных нарушений – без ограничения количества посещений.

В рамках обсуждения данной системы важно так же вспомнить понятие «маркетинга из уст в уста» или «сарафанного радио»:

Маркетинг из уст в уста или Сарафанное радио — неформальные формы и способы передачи устной информации о товаре или услуге от потребителя к потребителю, а также те, кто распространяет такую неформальную информацию. По сути, это бесплатная форма устной или письменной рекламы с помощью которой удовлетворенные пользователи рассказывают другим людям, почему им нравится какой-либо товар или услуга. Сарафанное радио является рекламной формой, которой люди склонны наиболее доверять, так как человек, который советует какой-либо товар или услугу, не имеет в этом личной выгоды.

Понятие маркетинга из уст в уста как нельзя лучше применимо к понятию системы доверенных врачей. После информирования аутрич-работниками целевой группы пациентов-наркоманов о готовности конкретных врачей-специалистов оказать им медицинскую помощь, а также после позитивного опыта посещения такого врача, пациент начнет принимать непосредственное участие в дальнейшем распространении информации о своем доверенном враче в частности, в процессе дестигматизации медицинских работников в целом, а также в формировании у своих знакомых стойкой мотивации для обращения за медицинской помощью.

Литература:

1. Доброскок О.В., Гирченко П.В. Организация аутрич-работы среди потребителей инъекционных наркотиков в программах по профилактике ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний. – Москва, 2011.

2. Зенцова, Н.И. Мониторинг и управление процессом психосоциальной реабилитации на базе разработки единой информационно-управляющей системы / Н.И. Зенцова, А.С. Естегнеев // Научно-практическая конференция с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», тезисы конференции / Под ред. Н.Г. Незнанова, Е.М.Крупницкого. – СПб. – 2012. – С.50.

3. Дудко Т.Н., Зенцова Н.И., Уманова О.В., Мубараква К.В., Котельникова Л.А. Формирование мотивации на обращение за наркологической помощью и медицинской реабилитацией у дифференцированных групп населения: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016.

ПРЕДИКТОРЫ АГРЕССИИ У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ

Ильюшкина Е.В., Илюк Р.Д.,
Громыко Д.И., Киселев А.С.

Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург

Агрессия опиоидзависимых связана с девиантным поведением, что осложняет проведение лечебно-реабилитационных мероприятий. Вместе с тем, предикторы агрессии у потребителей опиоидов, в том числе с ВИЧ-инфекцией недостаточно изучены.

Цель исследования: выявить предикторы агрессии у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом.

Критерии включения: возраст от 18 до 60 лет, наличие опиоидной зависимости (F11.20; F11.21), сочетание опиоидной зависимости (F11.20; F11.21) и ВИЧ-инфекции (B20–B24), сроком воздержания от наркотика от 7 до 21 суток перед началом исследования.

Критерии невключения: в исследование не включались респонденты, не давшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании, с диагнозами шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, с выраженной неврологической симптоматикой, тяжелой соматической патологией.

Объект и методы. Обследовано 46 пациентов с опиоидной зависимостью (ОЗ), 57 больных с опиоидной зависимостью и ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ) с использованием клинического опросника и опросников характеристики и ориентации гнева STAXI Ч.Д. Спилбергера (STAXI), психопатологической симптоматики (SCL-90), копинг-стратегий Р. Лазаруса (WCQ), 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF), визуально-аналоговая шкала «Влечение к психоактивному веществу на сегодняшний день», шкалы депрессии С.А. Монтгомери и М. Асберга (MADRS), опросник стигматизации Б.Г. Линка (LINK). В качестве зависимых переменных регрессионных моделей использовались показатели «физическая агрессия» и «индекс агрессивности» опросника А. Басса и А. Дарки, а в качестве возможных предикторов – клинические, социально-демографические и психологические характеристики.

Результаты исследования. В группу ОЗ вошли 31 (67,39%) мужчина и 15 (32,61%) женщин. Средний возраст респондентов – 23,80 года (SD=4,91), средняя длительность употребления опиоидов составила 70,2 (SD=14,45) месяцев. Возраст начала потребления опиоидов – 17,80 лет (SD=3,41), время формирования абстинентного синдрома – 1,71 лет (SD=0,62). В группу ОЗВИЧ включено 32 (56,14%) мужчины и 25 (43,86%) женщин. Средний возраст респондентов – 26,07 года (SD=4,39), средняя длительность употребления опиоидов – 80,6 (SD=20,09) месяцев. Возраст начала потребления опиоидов – 19,22 года (SD=3,33), время формирования абстинентного синдрома – 1,46 лет (SD=0,57). Средняя длительность ВИЧ-инфекции – 49,7 (SD=9,30) месяцев.

В группе ОЗ предикторами показателя «физическая агрессия» (BDHI) модель ($B_0=67,81$, $R^2=0,73$) являются наркологический учёт (12,25), средняя толерантность ПАВ (6,27), низкий – высокий самоконтроль (16PF) (–5,49); «вербальная агрессия» (BDHI) ($B_0=51,54$; $R^2=0,85$) – количество раз лечения от ПАВ (9,37), подверженность чувствам (16PF) (5,55), консерватизм – радикализм (16PF) (2,61), дистанцирование (VCQ) (–4,98); «косвенная агрессия» (BDHI) ($B_0=222,75$; $R^2=0,98$) – образование (–5,32), средняя толерантность ПАВ (8,65), количество детоксикаций (7,71), соматизация (SCL-90) (–88,21), тревожность (SCL-90) (26,41), принятие ответственности (VCQ) (–7,94), эмоциональная устойчивость (16PF) (–6,68); «обида» (BDHI) ($B_0=103,64$; $R^2=0,92$) – эмоциональная устойчивость (16PF) (–5,79), прямолинейность – дипломатичность (16PF) (–4,53), показатель стигматизации ВИЧ-инфицированных (LINK) (4,94), робость – смелость (16PF) (–5,96), сдержанность – экспрессивность (16PF) (–6,73), расслабленность – напряженность (16PF) (4,40), «чувство вины» (BDHI) ($B_0=89,93$; $R^2=0,93$) – установка на отказ от употребления наркотиков (–11,99), количество ремиссий (4,43), подчиненность – доминантность (16PF) (–2,64), самоконтроль (VCQ) (–1,95), наличие гепатита В (11,90); «индекс агрессивности» (BDHI) ($B_0=152,71$; $R^2=0,91$) – наличие психоневрологических проблем в детстве (6,57), средняя толерантность ПАВ (4,37), суммарная длительность всех ремиссий (–0,57), низкий – высокий самоконтроль (16PF) (–5,74), уверенность в себе – тревожность (16PF) (–11,13), соматизация (SCL-90) (–14,98), конфронтативный копинг (VCQ) (2,52). В группе ОЗВИЧ для показателя «физическая агрессия» (BDHI) модель ($B_0=44,35$, $R^2=0,72$) предикторами являются – передозировка ПАВ (4,18), консерватизм – радикализм (16PF) (6,36), практичность (16PF) (–2,97), положительная переоценка (VCQ) (–1,88), подверженность чувствам (16PF) (5,08), расслабленность – напряженность (16PF) (3,14); «вербальная агрессия» (BDHI) ($B_0=110,17$; $R^2=0,60$) – средняя толерантность ПАВ (–4,24), тревожность (SCL-90) (24,33), депрессия (SCL-90) (–16,45), уверенность в себе – тревожность (16PF) (3,77); «косвенная агрессия» (BDHI) ($B_0=–27,44$; $R^2=0,43$) – образование (–9,24), наличие гепатита В (–20,26), консерватизм – радикализм (16PF) (10,89), показатель стигматизации наркозависимых (LINK) (5,78); «обида» (BDHI) ($B_0=103,46$; $R^2=0,92$) – эмоциональная устойчивость (16PF) (–5,79), прямолинейность – дипломатичность (16PF) (–4,53), робость – смелость (16PF) (–5,96), сдержанность – экспрессивность (16PF) (–6,73), расслабленность – напряженность (16PF) (4,40), показатель стигматизации ВИЧ-инфицированных (LINK) (4,94); «чувство вины» (BDHI) ($B_0=123,50$; $R^2=0,48$) – передозировка ПАВ (8,54), средняя толерантность ПАВ (–5,86), соматизация (SCL-90) (15,44), показатель стигматизации ВИЧ-инфицированных (LINK) (–2,74). «индекс агрессивности» (BDHI) ($B_0=47,31$; $R^2=0,47$) – консерватизм – радикализм (16PF) (2,93), практичность (16PF) (–2,94), бегство-избегание (VCQ) (0,67).

Заключение. Предиктором агрессии у ВИЧ-инфицированных опиодзависимых чаще являются личностные характеристики (радикализм, отсутствие практичности), у опиодзависимых пациентов без ВИЧ-инфекции – наркологические показатели и неконструктивные поведенческие стратегии; для обеих групп опиодзависимых – психопатологический фактор (соматизация). Специфическим прогностическим фактором физического насилия у ОЗВИЧ является передозировки в анамнезе, а в ОЗ – наркологический учет.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИОИДНЫХ НАРКОТИКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ

Илюк Р.Д., Джалилова З.О., Киселев А.С.

Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) одновременно реализуют все пути передачи ВИЧ инфекции (парентеральный, половой и вертикальный). Последнее время происходит активизация выхода ВИЧ-инфекции из групп ПИН в общую популяцию через половые контакты.

Цель исследования: выявление и анализ взаимосвязей показателей риска инфицирования ВИЧ половым путем (РИПП) с социально-демографическими, клиническими, психологическими и психопатологическими характеристиками ВИЧ позитивных и ВИЧ негативных потребителей опиоидов.

Критерии включения: возраст от 18 до 60 лет; наличие опиоидной зависимости (F11.20; F11.21), сочетание опиоидной зависимости (F11.20; F11.21) и ВИЧ-инфекции (B20–B24) на субклинической стадии, инъекционное потребление наркотиков; срок воздержания от ПАВ от 7 до 21 суток перед началом исследования.

Объект и методы исследования: с помощью специально разработанного клинического опросника (КО), теста оценки степени риска инфицирования ВИЧ (ТОСР), визуально-аналоговой шкалы «Влечение к ПАВ» (ВАШ), опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), шкалы оценки депрессии Монтгомери–Асберга (MADRS), опросника «Способы совладающего поведения» Лазаруса (WCQ), опросника «Характеристики и ориентации гнева STAXI Ч.Д. Спилбергера» (STAXI), 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла (16-PF-C), модифицированной шкалы дискриминации /стигматизации (Link) было обследовано 46 пациентов с опиоидной зависимостью (ОЗ), 57 – с опиоидной зависимостью и ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ) и 90 здоровых человек, включенных в группу контроля (КГ).

Методы статистической обработки: для выявления связей между качественными признаками использовался точный критерий Фишера. Для выявления взаимосвязей между количественными переменными проведен корреляционный анализ: для нормально распределенных переменных подсчитаны коэффициенты корреляции (r) Пирсона, в остальных случаях – r Кендалла. При анализе различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$. Для расчетов применялся статистический пакет SPSS 19.0

Результаты. В первую группу вошли опиодзависимые ПИН, не инфицированные ВИЧ (ОЗ) $n=46$ (67,39% ($n=31$) мужчин и 32,61% ($n=15$) женщин). Средний возраст респондентов составил 23,80 года ($SD=4,91$). Во вторую группу вошли опиодзависимые ПИН, инфицированные ВИЧ (ОЗВИЧ) $n=57$ (56,14% ($n=32$) мужчин и 43,86% ($n=25$) женщин), находящиеся на субклинической стадии инфицирования ВИЧ по классификации В.И. Покровского (2001). Средний возраст обследованных составил 26,07 лет ($SD=4,39$). Средняя длительность ВИЧ-инфекции – 49,7 ($SD=9,30$) месяцев. Статистически значимых различий между группами по полу и возрасту выявлено не было.

По данным опросника ТОСР, установлено, что показатель риска инфицирования ВИЧ при наркотизации в группе ОЗВИЧ составил 6,12 балла ($SD=1,34$) и более выражен, чем в группе ОЗ – 5,72 ($SD=1,60$), однако статистической значимости по этому показателю выявлено не было (см. Таблицу 1). Выраженность показателя риска инфицирования ВИЧ половым путем – 6,61 балла ($SD=1,80$) и итоговая величина ТОСР – 0,32 ($SD=0,06$) в группе ОЗВИЧ, статистически значимо выше, чем в группе ОЗ – 5,78 баллов ($SD=1,23$) и 0,29 балла ($SD=0,06$) соответственно ($p \leq 0,05$).

При проведении корреляционного анализа были установлены общие и специфические взаимосвязи между выраженностью риска инфицирования ВИЧ половым путем и биопсихосоциальными характеристиками ПИН.

Общими факторами, влияющими на выраженность РИПП у опиодзависимых обеих групп вне зависимости от ВИЧ статуса являлись: молодой возраст ($r_{OЗ} = -0,50$; $r_{OЗВИЧ} = -0,38$; $p < 0,01$), короткая продолжительность потребления различных ПАВ: ($r_{OЗ} = -0,45$; $r_{OЗВИЧ} = -0,43$; $p < 0,01$), увеличение времени, прошедшего с момента последнего потребления героина ($r_{OЗ} = 0,30$; $r_{OЗВИЧ} = 0,27$; $p < 0,05$), выраженность депрессивной симптоматики (MARDS) ($r_{OЗ} = 0,37$; $r_{OЗВИЧ} = 0,33$; $p < 0,01$), личностные черты (фактор f_3 (чувствительность – реактивная уравновешенность) (16-PF-C) ($r_{OЗ} = -0,36$; $r_{OЗВИЧ} = -0,26$; $p < 0,01$). Специфическими факторами для группы ОЗ с отрицательным ВИЧ статусом, повышающими риск инфицирования ВИЧ половым, являлись: короткое время формирования синдрома психической зависимости от опиоидов ($r_{OЗ} = -0,27$; $p < 0,01$), низкий показатель стигматизации по наркостатусу (Link) ($r_{OЗ} = -0,20$; $p < 0,05$), личностные факторы методики Кеттелла (16-PF-C): фактор А (общительность) ($r_{OЗ} = 0,51$; $p < 0,01$), фактор О (самонадеянность) ($r_{OЗ} = -0,36$; $p < 0,01$), фактор F (экспрессивность) ($r_{OЗ} = 0,38$; $p < 0,01$), фактор М (мечтательность) ($r_{OЗ} = 0,35$; $p < 0,01$), фак-

тор f_2 (экстраверсия) ($r_{oz} = 0,40$; $p < 0,01$). Специфическими факторами для группы ОЗВИЧ с положительным ВИЧ статусом, приводящими к повышению риска сексуального инфицирования ВИЧ в группе ОЗВИЧ были: короткая продолжительность инфекционного анамнеза (гепатиты В и С) ($r_{озвич} = -0,53$; $p < 0,01$), продолжительное потребление стимуляторов ($r_{озвич} = 0,44$; $p < 0,05$), короткая продолжительность потребления снотворных и седативных пр-тов ($r_{озвич} = -0,57$; $p < 0,01$), частое употребление алкоголя ($r_{озвич} = 0,32$; $p < 0,05$), низкая межличностная сенситивность (SCL-90-R) ($r_{озвич} = -0,30$; $p < 0,05$), экспрессия гнева внутрь (STAXI) ($r_{озвич} = -0,26$; $p < 0,05$), экспрессия гнева вовне (STAXI) ($r_{озвич} = -0,26$; $p < 0,05$).

Выводы. Выявлена многоуровневая и дифференцированная структура факторов, связанных с риском инфицирования половым путем у ПИН. Более высокий уровень сексуального риска в группе ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых ПИН обусловлен более частым использованием стимуляторов, алкоголизацией, редким приемом ПАВ-депрессантов, меньшим накоплением и удерживанием гнева внутри, а также меньшей длительностью течения вирусных гепатитов.

Коммуникативные характеристики личности в совокупности с такими чертами, как ранимость, мечтательность, импульсивность и тревожность, а также низкий уровень стигматизации по наркостатусу усиливают риск инфицирования половым путем у опиоидзависимых ПИН без ВИЧ-инфекции. У опиоидзависимых ПИН, независимо от ВИЧ статуса, риск инфицирования половым путем связан с демографическими (молодой возраст), наркологическими (меньший стаж употребления ПАВ, влечение к ПАВ), психопатологическими (депрессия) и личностными (фрустрированность) характеристиками. Выявленные биопсихосоциальные факторы, связанные с риском инфицирования ВИЧ половым путем у ПИН важно учитывать при разработке программ профилактики распространения опасных инфекций среди населения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С КЛИНИЧЕСКИМИ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ

**Илюк Р.Д., Святенко В.С.,
Громыко Д.И., Киселев А.С.**

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Выявление связи качества жизни (КЖ) опиоидзависимых с социально-демографическими, клиническими характеристиками, а также коморбидной ВИЧ-инфекцией имеет важное значение для повышения эффективности наркологической помощи больным.

Цель исследования: изучение взаимосвязи КЖ с клиническими и социально-демографическими характеристиками у опиоидзависимых с различным ВИЧ-ста-

тусом. **Материал и методы исследования.** С помощью специально разработанного клинического опросника (КО), визуально-аналоговой шкалы «Влечение к ПАВ» (ВАШ), опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), шкалы оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), русской версии опросника ВОЗ КЖ-100 обследовано 193 человека (117 мужчин и 76 женщин): 46 пациентов с опиоидной зависимостью (ОЗ), 57 – с опиоидной зависимостью и ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ), и 90 здоровых человек, включённых в группу контроля (КГ).

Результаты. По данным корреляционного анализа (коэффициент Пирсона) выявлены статистически достоверные связи между показателями КЖ и клинико-социальными показателями опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом ($p \leq 0,05$): в группе ОЗ между «физической сферой» и установкой на трезвость (0,40), длительностью ремиссии (0,50), толерантностью (-0,36), критикой к употреблению ПАВ (-0,34), установкой на отказ (0,38), временем формирования синдрома отмены опиатов (0,35), проблемами с трудоустройством (0,35); «психологической сферой» и максимальной ремиссией (0,50), толерантностью (0,37), критикой к употреблению ПАВ (0,34), проблемами с трудоустройством (0,31), отношением матери к пациенту (0,36); «уровнем независимости» и максимальной ремиссией (0,50), толерантностью (-0,38), критикой употребления ПАВ (0,33), длительностью ремиссии (0,44), проблемами с трудоустройством (0,31), отношением матери к пациенту (0,31); «социальными отношениями» и временем формирования ОАС (-0,30), толерантностью (-0,36), гепатитом В (-0,50); «окружающей средой» и количеством детоксикаций (-0,30), длительностью последней ремиссии (0,30), критикой к употреблению ПАВ (0,30), проблемами с трудоустройством (0,32), удовлетворённостью семейными отношениями (-0,31); «духовной сферой» и передозировкой (0,32), удовлетворённостью семейными отношениями (-0,30); «общим качеством жизни КЖ-100» и максимальной ремиссией (0,50), критикой к употреблению ПАВ (0,40), проблемами с трудоустройством (0,38) и семейными отношениями (-0,30). В группе ОЗВИЧ выявлены корреляции между «удовлетворённостью здоровьем и качеством жизни» и продолжительностью наркотизации (-0,36), толерантностью (-0,29), употреблением ПАВ половым партнером (-0,49), длительностью гепатита С (-0,36), удовлетворённостью семейными отношениями (-0,27), отношением матери к пациенту (-0,29); «физической сферой» и стажем наркотизации (-0,40), толерантностью (-0,40), частотой влечения к опиоидам (-0,40), депрессией (SCL-90-R) (-0,30); длительностью гепатита С (-0,35), проблемами с трудоустройством (0,40), удовлетворённостью семейными отношениями (-0,29), отношением отца к пациенту (-0,42), отношением пациента к отцу (-0,46); «психологической сферой» и стажем наркотизации (-0,40), максимальной толерантностью (-0,32); частотой влечения к опиоидам (-0,40), депрессией (SCL-90-R) (-0,30), проблемами с трудоустройством (0,47); отношением отца к пациенту (-0,33), отношением пациента к отцу (-0,37); «уровнем независимости» и стажем наркотизации (-0,40), толерантностью

(-0,40), частотой влечения к опиоидам (-0,30), депрессией (SCL-90-R) (-0,30), длительностью гепатита С (-0,33), проблемами с трудоустройством (0,48), отношением отца к пациенту (-0,40); «социальными отношениями» и длительностью ВИЧ-инфекции (-0,40), длительностью гепатита С (-0,40), стажем наркотизации (-0,40), толерантностью (-0,30); «окружающей средой» и толерантностью (-0,40), депрессией (SCL-90-R) (-0,30), употреблением ПАВ половым партнером (-0,35), проблемами с трудоустройством (0,36), удовлетворенностью семейными отношениями (-0,28), отношением отца к пациенту (-0,37), отношением пациента к отцу (-0,44), «духовной сферой» стажем наркотизации (-0,40), толерантностью (-0,40), длительностью ВИЧ-инфекции (-0,30); длительностью ремиссии (-0,32), с длительностью гепатита С (-0,60), проблемами с трудоустройством (0,33); «общим качеством жизни КЖ-100» и стажем наркотизации (-0,41), толерантностью в (-0,40), гепатитом С (-0,40), депрессией (SCL-90-R) (-0,30) проблемами с трудоустройством (0,44); удовлетворенностью семейными отношениями (-0,261); отношением отца к пациенту (-0,37); отношением пациента к отцу (-0,43).

Выводы. Общими клинико-социальными факторами, негативно влияющими на качество жизни (КЖ) опиоидзависимых пациентов, независимо от ВИЧ-статуса, являются наличие проблем с трудоустройством, низкая удовлетворенность семейными отношениями, а также необходимость употребления наркотиков в больших дозах. Присутствие депрессивной симптоматики, продолжительность течения наркотической зависимости, ВИЧ и коморбидные вирусные гепатиты ухудшают субъективное восприятие качества жизни в группе ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых. Критическое отношение к употреблению ПАВ, установка на отказ от наркотизации, меньшая тяжесть и прогрессивность зависимости, наличие длительных ремиссии ассоциировано с улучшением показателей КЖ в группе ОЗ.

ВЛИЯНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Климанова С.Г.¹, Трусова А.В.^{1,2}, Березина А.А.², Мустафина К.А.², Шамаева А.Н.²

¹ Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева

² Санкт-Петербургский государственный университет Санкт-Петербург

Субъективное восприятие психологического времени – значимая характеристика личностного функционирования, детерминирующая поведение личности, в том числе, отношение к собственному здоровью. Данные последних исследований указывают на то, что некоторые профили временной перспективы значительно коррелируют со стремлением к ведению здорового образа жизни или, наоборот, указывают на предрасположенность к развитию химических зависимостей. Таким образом, изуче-

ние особенностей субъективного восприятия личностью временного континуума своего жизненного опыта является актуальным направлением исследований в области лечения и профилактики алкогольной и наркотической зависимостей.

Цель исследования – изучение влияния особенностей временной перспективы личности и семантического дифференциала времени у лиц с химической зависимостью на качество жизни.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 92 пациента, проходящих стационарное лечение в НИПНИ им. Бехтерева в связи с алкогольной или наркотической зависимостью (F10.25-26, F11.25, F15.25). Участникам предлагалось заполнить автобиографический опросник, Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо, Шкалу семантического дифференциала времени, Опросник для оценки качества жизни SF-36.

Статистические методы – коэффициент корреляции Пирсона, многомерный дисперсионный анализ MANOVA.

Результаты. В группе исследуемых шкала «Фаталистического Настоящего» была наименее выражена. Данные свидетельствуют о том, что пациенты, проходящие лечение от зависимости, наименее склонны ощущать настоящее как бесконтрольное, подчиняемое скорее судьбе, а не воле личности. Также для группы зависимых пациентов было более характерно восприятие настоящего как значительно менее активного ($p < 0.0001$), эмоционально окрашенного ($p < 0.005$), и ценного ($p < 0.01$) по сравнению с будущим. Временная ориентация на «Негативное прошлое» имела значимую негативную корреляцию со следующими шкалами опросника качества жизни – «физическое функционирование» ($p < 0.009$), «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ($p < 0.048$), «жизненная активность» ($p < 0.001$), «социальное функционирование» ($p < 0.015$), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($p < 0.043$) и «психическое здоровье» ($p < 0.001$). Временная ориентация на «Позитивное прошлое» позитивно коррелировала со шкалой «физическое функционирование» ($p < 0.047$). Временная ориентация на «Фаталистическое настоящее» негативно коррелировала со шкалами «интенсивность боли» ($p < 0.045$), «социальное функционирование» ($p < 0.011$), и «психическое здоровье» ($p < 0.01$).

Заключение. Субъективное восприятие психологического времени является важной личностной чертой, детерминирующей отношение к здоровью. Данные настоящего исследования необходимо учитывать в психотерапевтической и консультативной работе с пациентами, страдающими зависимостью. Дальнейшее изучение методов реконструирования субъективного восприятия времени поможет в разработке индивидуализированных психотерапевтических программ в рамках лечения и профилактики зависимости.

Данное исследование проводилось при поддержке гранта Российского Научного Гуманитарного Фонда (16-06-01043).

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ
«АДДИКТИВНАЯ СКЛОННОСТЬ»
В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

**Кобозова К.А., Курасов Е.С.,
Шафиева Я.Р., Семин С.А.**

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Санкт-Петербург*

Согласно современным данным, в России зафиксировано около 670 тысяч активных наркопотребителей (231,6 на 100 тыс. населения). По оценке ряда отечественных экспертов, их реальное число может составлять от 2 до 2,6 млн. Количество зависимых от алкоголя в стране превышает более 5 000 000 человек и составляет 3,4% от всего населения. Злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) в России приводит к гибели человека по различным причинам, в том числе в результате самоубийств (62,1%), убийств (72,2%) и соматических заболеваний (от острого панкреатита 60,0%, цирроза печени 67,7% и сердечно-сосудистых заболеваний 23,3%).

В настоящее время основным методом экспресс-диагностики аддиктивных расстройств является лабораторный. Наряду с этим, особое внимание уделяется психологической диагностике при раннем выявлении лиц, склонных к аддиктивному поведению. Однако в настоящее время эффективность данных методик является противоречивой. Учитывая тот факт, что основную массу пациентов, зависимых от ПАВ, составляют люди в возрасте от 16 до 30 лет, особое значение приобретает ранняя диагностика аддиктивного поведения и проведение психопрофилактических мероприятий как среди военнослужащих, так и у гражданских лиц. В связи с этим, целью работы явился анализ оценки эффективности методики «Аддиктивная склонность» в условиях амбулаторного приема психиатрического кабинета клиничко-диагностического центра Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

Материалы и методы. В исследование вошли 114 военнослужащих (83 мужчины и 31 женщина, средний возраст которых составил $29,5 \pm 9,2$ года) и 103 пациента с различными психическими расстройствами (53 мужчин и 50 женщин, средний возраст которых был $42,3 \pm 10,5$). Во второй группе выявились следующие нозологические формы: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09) – 24 пациента (23,3%); шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства (F20-F29) – 18 (17,5%); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48) – 61 (59,2%). В основную выборку не включались пациенты с тяжелой сопутствующей патологией и острыми психотическими расстройствами.

Ведущим методами были клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический (методика «Аддиктивная склонность» В.В. Юсупова, 2008). Эта методика предназначена для выявления лиц, склонных к аддиктивному поведению, и прогнозирования его развития. Данный экспресс-опросник состоит из 30 утверждений,

время выполнения теста составляет от 3 до 5 мин. По итогам обследования производился подсчет общей суммы баллов с последующей интерпретацией результатов: до 13 баллов – риск зависимого поведения не выражен, 14–16 баллов – умеренно выраженный риск зависимого поведения, от 17 баллов – выраженные признаки склонности к зависимому поведению.

Результаты и их обсуждение. Клиничко-психопатологическое исследование показало, что все 114 военнослужащих, проходивших военно-врачебную комиссию в условиях КДЦ, были психически здоровыми и не имели признаков зависимости от алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ. Перед консультацией психиатра все военнослужащие сдавали тест на выявление наркотических веществ в моче, результаты которого у всех были отрицательными.

Анализ результатов экспресс-опросника «Аддиктивная склонность» в этой группе показал, что большинство военнослужащих (105 человек (92,1%)) набрали общую сумму до 13 баллов. У всех военнослужащих-женщин умеренно выраженного риска зависимого поведения и выраженных признаков склонности к зависимому поведению выявлено не было. У 7 человек (6,1%) наблюдалась общая сумма до 14–16 баллов, т.е. отмечался умеренно выраженный риск зависимого поведения. У 2 (1,8%) военнослужащих отмечалась общая сумма баллов до 17 и выше, т.е. у них определялись выраженные признаки склонности к зависимому поведению. Следует отметить, что военнослужащие, набравшие от 14 до 17 баллов и выше, относились к старшим офицерам. С ними была проведена психотерапевтическая беседа с последующим выделением данных военнослужащих в группу динамического наблюдения.

Пациенты второй группы (с психическими расстройствами) жалоб на влечение к алкоголю или ПАВ не предъявляли и зависимыми себя не считали. Большинство обследуемых (78 человек – 75,7%) данной группы набрали общую сумму до 13 баллов. Результат до 14 до 16 баллов отмечался у 17 больных (16,5%), от 17 баллов и выше наблюдался у 8 человек (7,8%).

В группе пациентов с органическими психическими расстройствами наблюдались следующие результаты: умеренно выраженный риск зависимого поведения был выявлен у 3 больных (12,5%), выраженных признаков склонности к зависимому поведению не отмечалось.

В группе пациентов с шизофренией, шизотипическим и бредовыми расстройствами у 3 больных (16,7%) отмечался умеренно выраженный риск зависимого поведения, а у 1 (5,6%) – выраженные признаки склонности к зависимому поведению.

В группе пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами у 15 больных (24,6%) отмечался умеренно выраженный риск зависимого поведения, а у 3 (4,9%) – выраженные признаки склонности к зависимому поведению.

По сравнению с группой военнослужащих (среды которых было выявлено 9 человек (7,9%), склонных к аддиктивному поведению) у пациентов с психическими

ми расстройствами отмечалось достоверно больше лиц ($p < 0,05$) с умеренно выраженным риском зависимого поведения и выраженными признаками склонности к нему (25 человек (24,3%). Следует отметить, что у пациентов с невротическими расстройствами умеренно выраженный риск зависимого поведения был выявлен у большего количества больных, чем в остальных группах. С данным пациентами были проведены психотерапевтические мероприятия, направленные на осознание проблемы, повышение уровня самооценки и формирование новых коммуникативных навыков.

Выводы. Экспресс-опросник «Аддиктивная склонность» является эффективным в условиях амбулаторного приема психиатрического кабинета. Он позволил выявить у 35 человек (у 7,9% военнослужащих и у 24,3% пациентов с психическими расстройствами) умеренно выраженный риск зависимого поведения и выраженные признаки склонности к зависимому поведению. Проведение данной методики повышает эффективность психопрофилактических мероприятий аддиктивных расстройств как у военнослужащих, так и у гражданских лиц.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПРОЦЕССЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ковшова О.С.¹, Поляева А.А.²

¹ Самарский государственный медицинский университет

² Областной наркологический диспансер
Самара

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года и национальный проект «Здоровье» обуславливают актуальность разработки мер по снижению уровня социально значимых заболеваний, к которым относятся психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. Особое внимание специалистов в области наркологии направлено на изучение зависимости от опиоидов, что связано, в первую очередь, с очень высокой скоростью ее развития и высокой степенью устойчивости к терапии.

Традиционные подходы к реабилитации лиц с опиоидной зависимостью характеризуются низкой результативностью: по данным статистики, не более 7-15% пациентов достигают ремиссии продолжительностью более одного года. Особую сложность представляет процесс преодоления психологической зависимости, поскольку ее проявление может сохраняться десятилетиями и являться причиной рецидива (Кулаков С.А., 2014; Ковшова О.С., Кувшинникова М.Б., 2014).

Эффективность использования когнитивно-поведенческого подхода в терапии психических расстройств и расстройств поведения, в том числе, связанных с употреблением психоактивных веществ, неоднократно под-

тверждалась научными исследованиями. Однако в связи со сложностью работы с пациентами, имеющими длительный стаж потребления наркотиков, необходимо детальное изучение когнитивной и поведенческой сферы данной категории больных для оптимизации психокоррекционных мероприятий.

Целью нашего исследования стало определение динамики психологических изменений у пациентов с зависимостью от опиоидов, проходящих когнитивно-поведенческую психологическую коррекцию в рамках стационарной реабилитации. Для оптимизации проведения психокоррекционных мероприятий мы изучили такие характеристики когнитивно-поведенческой сферы больных, как способы совладающего поведения, механизмы психологической защиты, имеющиеся аддиктивные установки и стадии психотерапевтических изменений.

Группу исследования составили 40 человек (26 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 25 до 35 лет, проходящих терапию зависимости от опиоидов на курсе стационарной реабилитации в ГБУЗ «Самарский областной наркологический диспансер». Стаж употребления наркотика испытуемыми к моменту обследования составил 14 – 18 лет.

Психологическая диагностика испытуемых проводилась на начальном и завершающем этапе реабилитационной программы и включала использование следующих методик: «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х.Р. Конте, опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, С. Фолкман, Шкала стадий психотерапевтического процесса (URICA), тест аддиктивных установок Мак-Маллана-Гейлхар (MGAA).

Психокоррекционный этап включал методы индивидуальной (10 встреч по 1 часу) и групповой когнитивно-поведенческой психологической коррекции (38 групповых занятий по 1,5 часа). Выбор конкретных психокоррекционных техник осуществлялся на основе данных тестирования.

Сравнительный анализ данных психологической диагностики пациентов с синдромом зависимости позволил установить, что на завершающем этапе реабилитации у пациентов снизилась выраженность неконструктивных и повысилась выраженность конструктивных копинг-стратегий, снизилась напряженность психологических защит, выраженность аддиктивных установок. Проведенная психокоррекционная работа с аддиктивными убеждениями пациентов, обучение их поведенческим стратегиям, способствующим поддержанию и сохранению трезвости, показала достоверно значимые различия в выраженности аддиктивных установок у пациентов с опиоидной зависимостью на начальном и завершающем этапах стационарной реабилитации. Проводимые психокоррекционные мероприятия способствовали переходу пациентов с таких стадий психотерапевтического процесса, как «Предразмышление» и «Размышление», на стадию «Действие» и «Сохранение», что свидетельствует об эффективности когнитивно-поведенческой психологической коррекции в реабилитации данной категории пациентов.

ЛОЖНООТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ CDT-ТЕСТИРОВАНИИ

Кузнецов В.В., Мелешенко Т.В.

*Наркологический диспансер Калининградской области
Калининград*

Цель исследования. Первое описание качественного и количественного определения карбогидрат-дефицитного трансферрина в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза (CDT-тест) в качестве маркера хронического злоупотребления алкоголем относится к 1979 году (Stibler с соавт., цит по Комаровой И.Н., 2015). В 2001 году CDT одобрен FDA в этом качестве, в 2005 году Международной Федерацией Клинической Химии (IFCC) была создана Рабочая Группа по стандартизации CDT. Метод признан международным медицинским сообществом в качестве маркера, отражающего количественные критерии хронического злоупотребления алкоголем. Свыше 80 стран мира выполняют CDT-тест, опубликовано свыше 500 научных работ и обзоров. Основные направления применения CDT-теста – выявление скрытых форм употребления с вредными последствиями для здоровья; выявление лиц с хроническим употреблением алкоголя среди различных социальных и профессиональных групп населения; мониторинг эффективности терапии лиц с заболеванием алкоголизм (Комарова И. Н., 2015). CDT-тест позиционируется как универсальный единственный применяемый в РФ на сегодня специфический (Брюн Е.А., 2014) диагностический инструмент для реализации профилактической и медико-реабилитационной стратегии при заболеваниях зависимости от алкоголь-содержащих веществ. Ключевой составляющей при использовании CDT-теста является объективизация факта злоупотребления алкоголем методами лабораторной диагностики (Брюн Е.А. с соавт, 2011). Метод незаменим при скудном анамнезе и слабовыраженной клинической картине, должен входить в алгоритм проведения дифференциальной диагностики наркологических заболеваний, при решении экспертных вопросов и при проведении медицинских осмотров на право управления транспортным средством и владением оружием (Желткова Л.А., 2015). Несмотря на незавершенность работ по стандартизации CDT, на имеющиеся указания на недостаточную чувствительность коммерческих тест-систем (Тарасова О.И. с соавт., 2007) и на целесообразность сочетать CDT-тест с определением этилглюкуронида (EtG) в моче (Смирнов А.В., 201), с 2014 года CDT-тест включен в номенклатуру медицинских услуг (Приказ МЗ РФ от 10.12.2014 г. N 813н). Применение метода обязательно не реже одного раза в три месяца в ходе диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (Приложение № 2 к приказу МЗ РФ от 30.12.2015 г. № 1034н). Приказ МЗ РФ от 15.06. 2015 г. № 344н предписывает обязательное CDT-тестирование «при выявлении врачом-психиатром-наркологом симптомов и синдромов заболевания (состояния), являющегося медицинским противопоказанием к управлению транспортными сред-

ствами». Этими приказами CDT-тест трактуется как метод объективизации диагностики заболевания, подразумева-ется, очевидно, что у больного алкоголизмом он всегда будет положительным. Специфичность метода оценивается в 82-98%, чувствительность – 60-94% (Helander A., 2007; Maksic N. et al., 2010). В редких случаях возможен ложноположительный результат при тяжелых поражениях печени или редком наследственном нарушении гликозилирования гликопротеидов, но применяемая для тестирования аппаратура позволяет выявлять профили тяжелых поражений печени и избежать выдачи ложных результатов (Брюн Е.А., 2013). Сведений о возможности получения ложноотрицательных результатов CDT-теста в доступной нам литературе обнаружить не удалось. Предпринята попытка изучения такой возможности.

Материал и методы. На анализаторе и реагентах Capillarys проведено CDT-тестирование 110 пациентов (все мужчины), поступивших для лечения в отделение неотложной наркологической помощи Наркологического диспансера Калининградской области. 37(34%) пациентов были в возрасте от 24 до 35 лет; 48 (44%) – от 36 до 50 лет и 25 (23%) – старше 50 лет. При поступлении в отделение у 106 из них диагностирован синдром отмены алкоголя (70 – неосложненный, 3 с судорогами, 33 с делирием), у 3 – синдром отмены опиоидов и у 1 – синдром отмены каннабиноидов. Пациент с синдромом отмены каннабиноидов и один из трех пациентов с синдромом отмены опиоидов перед госпитализацией алкоголь не употребляли, поэтому были исключены из дальнейшей обработки (у них CDT оказался в норме: 0,8 у обоих). Оставшиеся 2 пациента с синдромом отмены опиоидов перед госпитализацией в течение 7 и 10, соответственно, употребляли алкоголь в больших дозах с целью облегчения абстинентных проявлений и они были включены в основную группу (в обоих случаях патологическое значение CDT: 4,3 и 5,8). В дополнение к клиническому обследованию для дифференциальной диагностики алкогольного и неалкогольного генеза заболевания печени анализировалось соотношение AST/ALT – коэффициент ДеРитиса – если он превышает 1,4, то вероятность алкогольной этиологии заболевания составляет 70-78% (Salaspuro M., 1987).

Результаты и обсуждение. Из 108 пациентов с явными признаками синдрома отмены алкоголя патологическое значение CDT-теста выявлено у 96 – 88,9% (43 – от 1,7 до 5; 40 от 5 до 10 и 13 – выше 10, максимальный показатель 19,8). В 9 случаях (8,3%) – обнаружено нормальное значение показателя – меньше или равно 1,3 и в 3 (2,8%) случаях показатель находился в серой зоне (у одного 1,5, у двоих 1,6). Отрицательный CDT-тест чаще регистрировался в средней возрастной группе (от 35 до 50 лет) – у 17% обследованных, в старшей возрастной группе (старше 50 лет) – у 8% и у 5% молодых пациентов (до 35 лет). Его частота не зависела от тяжести синдрома отмены: регистрировался у 12% госпитализированных с неосложненным синдромом и у 9% – с осложненным делирием и/или судорогами синдромом отмены алкоголя. Повышенный (>1.4) коэффициент ДеРитиса, регистриро-

вался у пациентов с непатологическим значением CDT-теста (≤ 1.6) в 33,3%, причем в 3 случаях из 4 – на фоне нормальных значений AST и ALT (до 40 единиц). У пациентов с патологическим значением CDT-теста (> 1.6) – два раза чаще (60,2).

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что при наличии несомненных клинических симптомов и синдромов активной зависимости от алкоголя, включая выраженный синдром отмены и острый алкогольный психоз, в 11% случаев может регистрироваться ложноотрицательный результат CDT-теста, исключающий объективизацию диагноза лабораторными методами. Высокая (39,8%) частота регистрации нормального уровня коэффициента ДеРитиса (< 1.4) у пациентов с патологическим (> 1.6) значением CDT-теста свидетельствует об отсутствии прямой связи ложноотрицательных результатов CDT-теста с наличием заболевания печени алкогольного генеза и, следовательно, возможности избежать выдачи ложных результатов посредством выявления профилей тяжелых поражений печени с помощью применяемой для тестирования аппаратуры. Требуется дальнейшее изучение причин получения ложноотрицательных результатов CDT-теста и поиск способов их коррекции.

Выводы. Проведенное исследование подтвердило высокую (88,9%) чувствительность CDT-теста, достаточную для объективизации масштабов злоупотребления алкоголем в популяционных исследованиях.

При применении CDT-теста в скрининговых исследованиях необходимо учитывать не только возможность получения ложноположительных результатов, но и десятипроцентную вероятность получения ложноотрицательных результатов.

Высокая вероятность получения ложноотрицательных результатов CDT-теста обуславливает непригодность его (по крайней мере, до завершения работ по стандартизации) для объективизации факта злоупотребления алкоголем методами лабораторной диагностики, проведения дифференциальной диагностики наркологических заболеваний, для решения экспертных вопросов и при проведении медицинских осмотров на право управления транспортным средством и владением оружием при индивидуальных обследованиях.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Рогачева Т.В.

*Уральский медико-социальный институт
Екатеринбург*

Процесс реабилитации пациентов с наркотической зависимостью достаточно длительный и противоречивый. Для решения главной задачи реабилитации аддикта – возвращение его в реальный мир, необходимо оказать

адекватную помощь в обретении нового, удовлетворяющего данного пациента, равновесия с этим миром. С такой задачей можно справиться в Гештальт-подходе. В данной статье будет продемонстрировано, как в Гештальт-подходе происходит сложный процесс реабилитации пациента с наркотической зависимостью. Цель Гештальт-подхода – помочь человеку обрести новое, удовлетворяющее его равновесие с окружающим миром – уникальное для данной личности и ситуации – уникальным, подходящим для нее способом. Для осуществления данной цели необходимо помочь человеку ясно осознавать как свои ощущения, эмоции, чувства, потребности, так и сигналы, воспринимаемые от других; понимать, кто именно может удовлетворить потребности и каким образом это возможно осуществить. Поэтому Гештальт-подход занимается прежде всего ростом способности осознавать и формированием ответственности за свой выбор. Напомним базовые принципы Гештальт-подхода: ответственность, осознанность, актуальность.

Ответственность как основная категория экзистенциализма несет в себе выбор. С данной методологической позиции Я – это то, за что я несу ответственность. Другими словами, человек есть то, что он сам из себя создал. Он, с точки зрения атеистически ориентированного экзистенциализма является своим замыслом и живет, трансцендируя этот замысел в будущее, самореализуясь. Именно Гештальт-подход с его акцентом на возвращение клиенту ответственности за то, что с ним происходит, с большим пониманием и сочувствием встречает попытки человека избежать чрезмерного для него бремени ответственности, взяв необходимое время для выстраивания и осознания новых смыслов своей ситуации.

Осознанность (awareness) как постоянная внимательность к непрерывному потоку телесных и физических ощущений, чувств, мыслей, к смене «фигур», возникающих на переднем плане на «фоне», образованном множеством переживаемых человеком фактов его жизни одновременно в телесном, эмоциональном и рациональном планах, в его воображении и поведении – второй принцип Гештальт-подхода. Речь здесь идет не о понимании, анализе или интерпретации событий, поступков или чувств, а скорее «о поощрении глобального осознания того, каким образом мы функционируем, как протекают процессы нашего приспособления к окружающей среде, интегрирования актуального опыта, как проявляются наши механизмы избегания и наши механизмы защиты» [2, 12-13]

Актуальность (nowandhow) в трактовке Ф. Перлза лучше передает суть Гештальта, нежели классическая формула «здесь и теперь». Понятие «теперь и как» подчеркивает специфическую направленность Гештальт-подхода, опирающегося на описание явлений, а не на их объяснение. В описании таких проявлений личности обращается внимание на важность субъективных и иррациональных фактов, непосредственного сиюминутного жизненного опыта вместе с сопутствующими ему телесными ощущениями, уникальными для каждого

человека. Понятие «как» – это положение тела и бессознательные жесты или «микрожесты», дыхание, интонации голоса и пр. Невыраженные, имплицитные оттенки поведения и речи часто главенствуют над эксплицитно выраженным содержанием. Поэтому Ф. Перлз, а позднее и Ж. Лакан подчеркивают более важное значение формы по сравнению с содержанием.

Работа в режиме «теперь» ни ком образом не мешает клиенту воскрешать в памяти события, тревоги и планы, при условии, что все они, как осознанные, так и неосознанные, возникают у него спонтанно. Как пишет С. Гингер: «Они присутствуют в его уме или сердце *сейчас* и питают его в настоящем. Впрочем, на них может накладываться свой отпечаток актуальный контекст внутренней жизни клиента или внешней ситуации, поэтому они никогда не становятся раз и навсегда установленными «историческими истинами» [2].

Отличие Гештальт-подхода от традиционной аналитической стратегии состоит в том, что Гештальт-психолог не побуждает клиента к внимательному исследованию воспоминаний о прошлом, или, по словам Ф. Перлза, «к выполнению длительных «археологических раскопок. Лучше сначала комфортно устроиться на первом этаже собственного дома и обставить свою комнату, прежде чем браться за основательную расчистку подвала от накопившегося в нем мусора, что может занять долгие годы. Да и завершить ее можно потом, постепенно, если следы прошлого будут продолжать оставаться тягостными. Прежде же мы восстановим те силы, которые дадут нам энергию в настоящий момент» [7].

Как правило, человек, обращающийся за помощью к психологу или психотерапевту, страдает или имеет какую-то нерешенную проблему. Его что-то не устраивает в жизни: он сам или его окружение, другими словами, взаимодействие с окружающим миром протекает неудовлетворительным для него способом. Страдание – это маркер существующего дисбаланса, выхода из позиции равновесия. Когда потребности и интересы человека и его окружения не совпадают, являются взаимно противоречивыми, всегда возникает некоторое напряжение в системе «человек-мир». Тогда, согласно Гештальт-подходу, система переорганизуется так, чтобы перейти к равновесию. Человек приспосабливается к среде или приспособляет среду к себе, и до тех пор, пока и его и среду способы приспособления устраивают, существует некий баланс, динамическое равновесие.

Наркотически зависимая личность чаще демонстрирует стратегию, которую можно назвать «движение против мира», предполагает состояние вражды со своей средой. Человек решительно не доверяет чувствам и намерениям других по отношению к себе, поэтому граница-контакт устанавливается по принципу проекции. Отсюда основная задача психотерапии – вернуть пациента в реальную среду и научить новым способам взаимодействия с миром.

Для осуществления психотерапевтического воздействия необходимо, следовательно, помочь человеку

научиться различать себя и мир, завершая собственные Гештальты. Для осуществления данной цели необходимо помочь человеку ясно осознавать как свои ощущения, эмоции, чувства, потребности, так и сигналы, воспринимаемые от других; понимать, кто именно может удовлетворить потребности и каким образом это возможно осуществить. Поэтому Гештальт-подход занимается, прежде всего, ростом способности осознавать и формированием ответственности за свой выбор.

Работа по принципу «теперь и как» может рассматриваться и как такой способ обобщения, который представляет собой своеобразный микрокосм способов взаимоотношений клиента с другими людьми, все проблемы прошлого проявляются в реальном «теперь», и психолог может отследить и «вернуть», а клиент – осознать эту проблему. Используя основные принципы Гештальт-подхода можно получить ясное представление о происходящем с клиентом, что позволит развернуться контакту клиента с его переживаниями, тем самым давая возможность продвигаться от ограничивающих представлений к ценному опыту существования «теперь и как». В этом процессе клиент является равноправным партнером консультирующего психолога, каждому новому переживанию он находит место в новом контексте и наполняет его новым собственным смыслом. Он по-новому начинает участвовать в психокоррекционном процессе, отказываясь от стереотипного поиска причин и смыслов.

Поиск нового, адекватного ситуации смысла в Гештальт-подходе не выступает первоочередной задачей. Если поиску смысла будет отводиться первостепенное место, то, по словам Ф. Перлза, «реальная проблема клиента сведется к выяснению ее «правильного» места. Важно, – указывает Перлз, – выслушать историю и дать смыслу развернуться, а не подчинять все поведение определенному представлению. Поиск смысла – это человеческий рефлекс, но при этом принуждение к осмыслению мгновенно топчет все чувства» [7, 188]. При работе с телесными ощущениями, чувствами и переживаниями клиента в режиме «теперь и как» смысл возникает как-бы сам собой, из череды осознаваемых событий, из естественного ритма переживаний и их осмысления.

Поэтому в процессе психотерапии при Гештальт-подходе так велика роль диалога между клиентом и психологом. В основе такого диалога в отличие от психотерапевтического медицинского знания лежит, по определению М.А. Гулиной, «не понятие психического здоровья, а понятие терапевтической модели изменений личности, которая (модель) свободна от идеи «нормальности – ненормальности»: она заменена различными вариациями концепции индивидуального развития личности» [3]. Можно было бы добавить – как клиента, так и психолога. Психолог выступает для клиента частью внешнего мира, что должно быть использовано при работе с пациентами, демонстрирующими стратегии поведения, связанные с отказом взаимодействовать с миром.

Модель поведения наркотически зависимой личности можно рассматривать как попытку своеобразной

смены мира, смысл которой – самосохранение через отстаивание собственной индивидуальности, даже ценой здоровья и жизни. Мир же рассматривает эти попытки как саморазрушительные тенденции такой личности. Наркотически зависимые личности четко демонстрируют противопоставление себя внешним атакам через изъятие себя из самого себя, тем самым обнаруживая еще один вариант адаптации.

Рассмотрим подробнее этот механизм. Отношение к психоактивным веществам формируется, несомненно, культурой. Существует огромное количество примеров, когда наркотические вещества и человек мирно сосуществовали. Так, Т. Маккена [5], совершивший настоящую революцию во взглядах европейской цивилизации на наркотические вещества, пишет, что наша культура, столкнувшись с другими культурами, сначала в штыки восприняла табак, чай и кофе, отдав предпочтение именно психоактивным веществам. Так, в Европе, в 1511 году вышли несколько указов, где населению было предписано доносить о лицах, пьющих кофе. За донос предполагалась премия. Наказанием же за употребление кофе было публичное избиение тростью с последующим штрафом. Шоколад был излюбленным средством профессионалов-отравителей в средние века. А за употребление табака в некоторых областях Европы еще в ХУП веке приговаривали к смертной казни.

Теперь с таким же негодованием отвергаются психоактивные вещества. Нельзя, однако, не согласиться с Т. Маккеной, который подчеркивал, что “наша проблема – это не проблема психоактивных веществ, а проблема управления нашей технологией. Ожидает ли нас в будущем появление новых синтетических веществ в сто, а то и в тысячу раз более способных вызывать пристрастие, чем героин или крэк? Ответом будет абсолютное “да”, если мы не осознаем и не исследуем присущую человеку потребность в химической зависимости, а затем не отыщем и не одобрим какие-то пути выражения этой потребности. Это процесс встречи с самими собой как видом – необходимое предварительное условие создания более гуманного общественного порядка” [5].

Итак, зачем человеку наркотик? Мы предположили, что основной психологический механизм аддиктивного поведения связан с противоречием между действиями среды, в первую очередь семьи, и индивидуально-личностными особенностями потенциально зависимого человека. Поэтому употребление наркотика – это последний шанс либо как-то примириться с требованиями, предъявляемыми средой, либо способ вырваться из враждебной среды.

Исходя из вышесказанного, типичность личности человека, употребляющего наркотики, заключается в следующих проявлениях. Человек всегда будет иметь естественные притязания на любовь и равноправные доверительные отношения со значимым окружением. Если эта потребность в силу конкретных для данной личности обстоятельств не удовлетворяется, то тягостные переживания и переоценка других людей переключается на

себя. Теперь личность начинает обвинять себя, что часто заканчивается отчаянием и разрушительными тенденциями относительно всех проявлений личности. Первоначально разрушение происходит через девальвацию ценностей мира, разрушение идеалов.

Постепенно личность начинает разрушать себя, демонстрируя аутодеструктивную модель поведения. Употребление наркотиков провоцирует страх быть наказанным, стыд и чувство вины. Поэтому следующий шаг – “сдержанное” поведение как постоянное пребывание в заблокированном состоянии. Блокируются контакты – наркотически зависимый человек всегда сам по себе, что противоречит одному из мифов о частом употреблении наркотиков “за компанию”. Избегаются любые, кроме связанных с добыванием наркотика, формы активности, блокируются внутреннее беспокойство и страхи. Беспокойство как тревога, по-видимому, представляет собой “сигнал, свидетельствующий о нарушении и активирующий адаптивные механизмы. Таким образом, тревога может играть охранительную и мотивационную роль... С возникновением тревоги связывают усиление поведенческой активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации”- указывает Ф. Б. Березин [1]. Поэтому на передний план вновь выходят иллюзии, но теперь уже связанные с чувством “я не такой, как все”, которые легче всего заблокировать наркотиком. Формируется порочный замкнутый круг, где личность, устав от внутренних конфликтов и проблем, находит выход – бегство в тот мир, где нет необходимости решать все эти вопросы. Периодически возвращаясь в реальный мир, эти люди чаще всего демонстрируют “слабость Я”, т.е. отсутствие какой-либо позиции по отношению к реальному миру и контроля за реальностью и собой в этом мире.

Уже на первой стадии лечения наркозависимого пациента обнаруживается самая большая проблема в психотерапевтической работе с такими клиентами. По нашему опыту, это установление доверительных отношений с клиентом. В ходе сбора первичного психологического анамнеза, наблюдения за потенциальным пациентом от психолога требуется осторожность в диалоге, т.к. у любого человека, который обращается за помощью, всегда есть «две части»: одна желает изменений (именно благодаря ее присутствию клиент и обращается за помощью), другая не желает этих изменений (чаще из-за страха). В научной литературе доминирует точка зрения, согласно которой необходимо приложить все усилия, чтобы создать союз с первой частью. Наш опыт психологического консультирования опиатно зависимых показывает, что при заключении союза лишь с этой частью, мы рискуем принять сторону «должностователя» и присоединиться к угнетению и без того репрессированных сторон личности клиента. Поэтому установление альянса с целостной личностью наркозависимого – самая продолжительная по времени работа психолога, которая порой продолжается до 3-х месяцев при условии постоянных (хотя бы 1 раз в неделю) контактов.

Отношения, которые устанавливаются между психологом и клиентом в Гештальт-подходе, обладают серьезным коррекционным потенциалом. Так, С. Гингер, исследуя этимологию слова «терапия», указывает на следующие значения: забота о религиозных отправлениях, культ богов; уважительное отношение к родителям, забота о них, служение им; заботливый уход за телом; лечение [2, 4, 5]. Для нас принципиально обнаружение в объеме понятия «терапия» таких трактовок, как служение, забота, уважение. Поэтому суть отношений между психологом, работающим в Гештальт-подходе и клиентом можно охарактеризовать как партнерство. Дж. Бьюдженталь для обозначения «качества бытия в ситуации или отношениях» [6] между людьми в психотерапевтическом процессе использует понятие «присутствие», подчеркивая тем самым степень искренности и полноты, с которыми человек существует в конкретной ситуации. Первоначально наркотически зависимый человек скорее отсутствует, нежели присутствует на встрече с психологом.

Основные способы, с помощью которых возможно установление доверительных отношений и включения клиента в психотерапевтический процесс – это присоединение к клиенту и описание клиентом своих переживаний в состоянии наркотического опьянения. Присоединение к клиенту осуществляется через выяснение причин, побудивших клиента обратиться за помощью именно в данный момент времени. При этом возможно проявление эмпатии как попытки увидеть ситуацию глазами пациента, избегание критики в его адрес. На этих стадиях комплексной реабилитации главная задача психолога – показать всеми доступными способами, что психолог воспринимает данного человека не как безнадежно больного, опустившегося наркомана, а как вполне здоровую, но имеющую проблему личность. Это способствует повышению самооценки клиента и возникновению у него ответственности через изменение отношений с позиции «врач-больной» на позицию «психолог-клиент».

Со стороны психолога установление доверительных отношений требует, чтобы «клиент и психолог находились на одном и том же уровне присутствия или по возможности на максимально близких, что не означает сходства их высказываний по содержанию, но с необходимостью требует от психолога быть аутентично доступным и адекватно экспрессивным» [1]. Под доступностью понимается степень того, насколько человек допускает, чтобы происходящее в данной ситуации воздействовало на него, другими словами, насколько происходящее относится для психолога к событиям на его границе-контакт. Экспрессивность означает степень, в которой человек выражает себя вовне, позволяя другому действительно узнать себя в конкретной ситуации взаимодействия.

Поэтому в психотерапевтической сессии Гештальт-подхода психолог может говорить обо всех своих эмоциях и чувствах, переживаемых им «теперь и как», в том числе и о негативных (злости, гнева, страхах и пр.). Именно раскрытие мира собственных переживаний перед клиентом, своеобразное «обучение» вербализации переживаний

позволяет установить доверительные отношения. Переход ко второму способу (предложение клиенту рассказать о тех переживаниях, которые он испытывает при и после приема опиатов) при наличии опыта самораскрытия психолога перед клиентом, не вызывает у последнего отторжения. Клиент в ситуации «теперь и как» экспрессивно сосредотачивается на потоке переживаний и более обеспокоен выражением своего внутреннего мира, нежели имиджем, объяснениями и пр. Его речь эмоционально насыщена, разнообразна по темпу и интонационному строю, в ней могут присутствовать ругательства и непристойности (по нашему опыту, это один из маркеров установления доверительных отношений). Поза обычно открытая, детально описываются физиологические ощущения, желания, восприятие себя как в измененном, так и в обычном состоянии сознания. Здесь важно помнить, чтобы клиент рассказывал о своем опыте в настоящем времени, как если бы это происходило в данный момент. Как показывает наш опыт, это способствует погружению клиента в описываемое состояние.

Наркотически зависимые клиенты, пожалуй, легче и подробнее остальных описывают свои телесные переживания и ощущения. Это позволяет подтвердить вывод о большей осознанности своего опыта этой группой пациентов.

Очень важно при заключении контракта на психотерапию совместно с наркозависимым решить, в каких условиях будет происходить «исход из наркотического мира». Эти условия могут быть амбулаторными (пациент живет дома и регулярно посещает психолога), стационарными, т.к. состояние здоровья клиента (наличие ВИЧ-инфекции, гепатитов и пр.) требует помещения в стационар, реабилитационными (добровольное помещение в реабилитационный центр). Поиск «мишеней» в работе с наркозависимыми напрямую связан с фрустрированными в реальной жизни потребностями аддикта. Несомненно, необходимо знать те мотивы клиента, которые побуждают его прибегать к помощи наркотических веществ и помочь ему найти социально приемлемые способы реализации потребностей.

Пример 1. Д., 21 год, стаж употребления наркотиков с 15 лет.

На 8 сессии Д. вдруг заговорил о своей младшей сестре.

П. Что сейчас заставляет тебя вспомнить о своей сестре?

Д. Когда она родилась, мне было 5 лет. Я думал, что если я буду помогать маме ухаживать за ней, то она будет со мной чаще общаться. Но мне не разрешили. Мама сказала, что я не сумею, что я еще маленький (на лице детское выражение, губы надуты, в глазах – слезы).

П. Что ты переживаешь сейчас?

Д. Обиду. Я на маму обижаюсь.

П. За что ты обижаешься на маму?

Д. Она никогда мне не помогала, не поддерживала меня (плачет, потом глубоко вздыхает, указывая, что кольнуло в сердце).

П. Она и сейчас тебя не поддерживает?

Д. Сейчас – да, куда ей деваться.

П. Ты хочешь сказать, что если бы не наркотики, ты бы так и не получил поддержку мамы?

Д. (поднимает глаза, с удивлением) Наверно, нет, не получил бы.

Наша терапевтическая гипотеза в этом случае была связана с фрустрированной потребностью Д. в доверительных отношениях с матерью. Появление нового решения – возможность перенести свои потребности в мир иллюзий, где формируется новая конфигурация цикла контакта – есть творческое приспособление. Смещение цикла контакта в интенсивную (внутреннюю) зону позволяет не вступать в травматический контакт с матерью. Это решение является творческим еще и потому, что человек оптимально использует накопившееся за многие годы заблокированное возбуждение и имеет, наконец, возможность пройти весь цикл контакта. Результат – целостный, упакованный во всех модальностях – Гештальт. Новая модель поведения закрепляется у наркотически зависимого также на уровне био-химических процессов в форме структурированных а-типичных реакций. Так организуется поле аддикта в соответствии с удовлетворением потребности, которая в реальной жизни постоянно фрустрирована.

Выздоровление аддикта и возвращение его в реальный мир также должно происходить под пристальным вниманием психолога.

Приведем пример. Ю., 20 лет, употребляет наркотики с 17 лет.

Ю. Я сейчас вспоминаю, как я жила тогда. Работать не надо, папа всегда денег даст, а куда их девать?

П. Ты можешь сейчас представить себя тогдашней?

Ю. Да, конечно.

П. Расскажи, какая ты?

Ю. (говорит медленно) Мне скучно, просто невыносимо скучно. Я не хочу никуда идти, ничего делать не хочу, мне все надоело: тряпки, клубы.... Ничего не хочу (зевает).

А папа все время предлагает какие-то варианты – то поехать учиться за границу, то пойти к нему на фирму поработать, а потом нотации читает. Достал! (начинает говорить быстрее, постукивая ребром ладони по столу). Достал! Вечно им от меня что-то надо.

П. тебе не больно?

Ю. Не-аа.

П. А сильнее можешь?

Ю. (бьет ребром ладони по столу сильнее).

П. Ты кого бьешь?

Ю. (почти кричит) Да достали вы все меня!

П. Кто это – все?

Ю. (немного успокоившись) Я сейчас понимаю, что сама себя доставала, что папа и мама здесь ни при чем. Я себя сейчас наказываю, что была такой дурой, вместо того, чтобы учиться, жить, я эту дрянь колола, да еще друзей затянула.

На этом примере, во-первых, отслеживаются основные способы срыва контакта Ю. с родителями, которые иерархизированы по типу «этажерки». Сначала, на поверхности проекция (родители – нам лучше знать, что необходимо ребенку – учиться, работать на моей фирме и пр.), под которой лежит интроекция (нужно жертвовать ради своего ребенка, мне пришлось многое пережить, пусть ребенок ни в чем не нуждается и т.д.). Несомненно, проекция и интроекция родителей патологична, т.к. они проявляются в индивидуальной истории Ю. как стереотипный механизм защиты от реальных потребностей и желаний ребенка. Во-вторых, можно выявить и способы срыва контакта. Человек, не имеющий на собственной границе-контакте четко оформившейся фигуры, но имеющий различные варианты фигур собственных родителей, сначала пытается быть послушным и интроецируется предлагаемым. Он пассивно принимает предложения, не затрачивая усилий на определение собственных потребностей и желаний. Ему становится скучно. Ребенок пытается оставаться в контакте с теми, кто не поддерживает, а иногда и не задумывается о существовании собственных потребностей ребенка. Возбуждение быстро истощается, ребенок устает и стремится выйти из ситуации. Подходящего повода нет (как можно отказать в контакте таким заботливым родителям?), контакт становится чрезмерным, а потом и болезненным. В этом примере уход в интенсивную зону связан с «захватом» экстенсивной зоны взрослыми. Доверчивость и открытость миру оказывается подорванной внешними авторитетами, оценки которых разрушают собственную идентичность личности.

Эти не присвоенные (на языке Гештальт-психологии – не прожеванные и не переваренные) правила, полученные из вторых рук, мешают собственному выбору. В это время и начинается борьба. Человек настолько устал от постоянных вторжений, что готов жертвовать чем угодно, лишь бы реализовать собственную актуальную потребность. Если в 5 лет он говорит «нет», то в юности готов на многие протестные реакции. На переднем плане наконец прорисовывается «я сам».

Однако, имеющийся паттерн поведения («быть послушной девочкой») требует, чтобы интроецирование родителей было заменено интроектами значимой группы. Причем сначала это друзья, пробовавшие наркотики, в ситуации лечения – люди, которые лечат. Человек похож на флюгер, вертящийся в разные стороны в зависимости от значимой группы. Поэтому сначала, на первых этапах комплексного лечения вся энергия индивида направлена на поддержание ценностей значимой группы. В этом механизме заложен большой потенциал личностного роста такого клиента. Самое сложное – обучить его принятию ответственности за свою жизнь.

В Гештальт-подходе предлагается использовать вопросы, направленные на принятие клиентом всех частей своей личности.

Пример. Ю., 20 лет.

Ю. Мое отношение к родителям отвратительно, позорно. Они все для меня делали, а я...

П. Что ты?

Ю. начинает в подробностях рассказывать об употреблении героина.

П. (останавливая) Нет, ты меня неправильно поняла. Я спросила о тебе настоящей.

Ю. Я сейчас лечусь.

П. Что ты сейчас делаешь? Я какой вопрос задала?

Ю. Ой, я опять убегаю от ответа, опять заговариваю свою проблему.

П. Какую проблему?

Ю. Употребление наркотиков

П. Это твоя сегодняшняя проблема?

Ю. Конечно нет (опустив голову). Знаете, как трудно признаться, что я – наркоманка.

П. Я никогда не употребляла наркотики, но я очень хорошо знаю, что принимать ответственность за себя, за все проявления личности – это очень больно. Что ты сейчас чувствуешь?

Ю. Правда, мне очень больно и еще ... противно, что я такая. Но я все равно все сделаю для того, чтобы вылечиться.

П. Скажи, а есть, пусть маленький, но плюс в этом твоём опыте?

Ю. (задумывается, потом – с радостью) Конечно! Я могу квалифицированно объяснить друзьям, которые еще «не прыгнули», всю мерзость этого. Теперь я точно знаю, что это такое – наркоман. Я могу быть волонтером.

Считаем, что на этих этапах психотерапевтической работы возможен переход от проработки «проблемы клиента» к осознанию как «знанию изнутри» через идентифицирование клиента со всеми сторонами его опыта, принятие всех сторон его личности. Этот процесс происходит тогда, когда человек становится тем, кто он есть на самом деле, со всеми своими недостатками, позорными, негативными сторонами его личности. На этой же стадии возможны совместные поиски новых смыслов. Ведь выздоровление не означает, что человек просто бросил употреблять наркотики. Чаще этот процесс прямо связан с инсайтом, следствием которого является новый смысл, не требующий смены мира. Сущность нового смысла – в изменении способа проживания жизненного опыта, в изменении функционирования личности в системе «человек – мир».

Выздоровление подразумевает, что человек полностью перестроил свои отношения с миром, пересмотрел тот стиль жизни, который поощрял интоксикацию, поэтому включает поведенческие, когнитивные, эмоциональные и духовные перемены. Клиент, который избавился от наркотической зависимости, ощущает внутреннее принятие себя и принимает этот факт и как ответственность за свой выбор.

Возможность осознания того, чему научился клиент и как он поменялся за период психотерапевтической работы, позволяет минимизировать последствия стадии срыва. Таким образом, клиент достигает «кусочка мудрости и способен взаимодействовать со средой в свежей и более глубокой манере» [7]. Гештальт-подход,

используя экзистенциальные принципы решения человеческих проблем, выступает как своеобразное «связующее звено, придающее смысл и перспективу тому, что делают и чувствуют люди» [7]. Прошедшие через психотерапевтическое воздействие люди перестают невротически заботиться о своих болезнях, переводя энергию на адекватные способы развития своих сил, переживания чувства значимости, соответствия истинным потребностям и пр. и организуя диалог с миром в соответствии со своей идентичностью. Именно Гештальт-подход подчеркивает экзистенциальную оригинальность каждого человека, позволяя ему яснее увидеть, в чем он не похож на других и в чем смысл его существования в этом мире.

Литература:

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека – Л.: Наука, 1988.- 230 с.
2. Гингер С. Что такое Гештальт? – СПб., 1996. – 43 с.
3. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. – СПб.: Речь, 2011. -352 с.
4. Гуссерль Э. Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология // Вопросы философии. – 1992. – №7. – С.137-176.
5. Маккена Т. Пища богов. Поиск первоначального древа познания . – М.: Из-во Трансперсонального института, 1995. – 379с.
6. Bugental J.F. The search for authenticity – N.Y., 2010. – 211 p.
7. Perls F. The Gestalt Approach – N.Y., 1973. – 236 p.

ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ КАЧЕСТВОМ РЕМИССИИ

Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М.

*Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Цель исследования. Изучение оценки субъективного восприятия качества жизни (КЖ) больных алкогольной зависимостью (АЗ) с различным качеством ремиссии.

Материалы и методы. Обследованы пациенты, соответствующие критериям АЗ по МКБ-10 – давностью не менее 1 года с купированным алкогольным абстинентным синдромом (ААС). Для определения качественных характеристик ремиссии был использован комплексный динамический анализ трех компонентов: 1 – уровня тяжести сохраняющихся в ремиссии психопатологических расстройств, 2 – показателей социального функционирования, 3 – субъективной оценки восприятия качества жизни.

В качестве статистических характеристик были рассчитаны средние, стандартные ошибки и среднеквадратичные отклонения. Для качественных признаков были

подсчитаны частоты и процентные соотношения. Для выявления однородных групп пациентов был проведен двухэтапный кластерный анализ. Различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0.05$.

Результаты исследования. В статистический анализ включено 80 больных (56 мужчин – 70% и 24 женщины – 30%), средний возраст которых составил 47 ± 1 год.

Результаты кластерного анализа показали, что включенные в анализ клинико-психологические характеристики больных А3, образуют два различных качественных варианта (кластера). Кластер А составили 35 человек (44%), кластер Б сформировался из 28 человек (35%). 16 больных (21%) не вошли в указанные кластеры. В кластере А отмечалось статистически значимое улучшение субъективного восприятия КЖ в ремиссии по сравнению оценкой КЖ в период алкоголизации ($13,4 \pm 0,5$ vs $15,1 \pm 3,1$; $p = 0.001$; дисперсионный анализ). Общая оценка КЖ пациентов кластера Б существенно не улучшилась по сравнению с периодом пьянства на всех исследованных сроках ремиссии. В первые 6 месяцев ремиссии срывы и рецидивы заболевания произошли у 6 (17%) больных кластера А и у 18 больных кластера Б (66%) ($p < 0.01$; точный критерий Фишера). Ремиссии более 6 месяцев сохранялись у 29 больных кластера А (83%) и у 7 больных (24%) кластера Б ($p < 0.01$; точный критерий Фишера). Расстройства адаптации, предшествовавшие наступлению срыва и (или) рецидива были обнаружены у 15 больных кластера Б (55%) и лишь у 4 больных кластера А (11%) ($p = 0.01$; точный критерий Фишера).

Заключение. Низкие оценки КЖ могут являться одним из статистически значимых факторов, влияющих на событие «рецидив».

СИМВОЛОДРАМА КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Стрельник А.И.¹, Баранов В.С.¹, Стрельник С.Н.²

¹ Самарский психоневрологический диспансер

² Самарский государственный медицинский университет
Самара

Концепция символдрамы базируется на традиции европейской глубинной психологии. В содержании сновидений наяву можно увидеть символическое представление бессознательных или предсознательных конфликтов [4]. Болезни зависимостей входят в перечень показаний для психотерапевтического лечения методом символдрамы. Однако в литературе нет указаний на применение имаготерапии у пациентов с никотиновой зависимостью. В настоящее время никотиновая зависимость является одной из самых распространенных наркологических проблем [2]. Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака (2003) распространение курения по темпам роста расценено как эпидемия, признанная угрозой для здоровья населения всего мира [2]. Наибольшую актуальность представляет распространение табакоку-

рения в молодежной среде, в том числе среди женщин молодого, детородного возраста. Число регулярно курящих девушек с каждым годом увеличивается [3]. Психологическими причинами курения у молодых женщин являются: стремление к эмансипации (протест против родительских «правил»); реализация амбициозности; налаживание адекватного (поиски) общения с окружающими (сверстниками), привлечение внимания юношей; преодоление субдепрессий [1, 3].

Целью исследования являлся анализ бессознательного материала в структуре кататимных образов основной ступени символдрамы у женщин молодого возраста с клиническими признаками никотиновой зависимости и изучение возможностей применения имаготерапии в ее лечении.

Материал и методы. Материалом для исследования явились результаты психопатологического и психотерапевтического изучения 30 молодых женщин в возрасте 18-35 лет (средний возраст – 22,1 года). Среди них 20 человек – страдающих табачной зависимостью, 10 человек – контрольная группа (некурящие). Основным психотерапевтическим подходом в изучении и проработке бессознательного материала являлась работа с ведущими мотивами (образы «луга», «ручья» «горы») основной ступени символдрамы, с последующим созданием рисунка имагообразов. Использовались клинико-диагностические шкалы и опросники (опросник Кеттела, шкала депрессии Гамильтона) и элементы экспериментально-психологического метода (рисуночный тест «Рисунок семьи»). Проводилось анкетирование девушек с табачной зависимостью.

Результаты и их обсуждение. При анализе имагообразов основной ступени символдрамы в группе девушек с никотиновой зависимостью нами было выявлено доминирование таких девиантных вариантов символов, как «бескрайний» луг, «мутная» вода в ручье, «низкая» гора. Полученные данные указывает на иллюзорные ожидания относительно своего будущего, нарушение ранних симбиотических отношений в системе мать-ребенок, заниженный уровень притязаний и самооценки. Кроме того, в исследуемой группе, во время переживания образа «луга», пациентки чаще не проявляли инициативу, сообщая, что «не знают что на нем делать». Это отражает общую пассивную установку, предпочтение переложить ответственность за принятие решений на других, желание получать указания к действию – конформное поведение. После психотерапевтического сеанса наблюдались изменения эмоционального состояния большинства девушек исследуемой группы (улучшение фона настроения), осознание («инсайт») возможных причин зависимости, настроенность на отказ от курения.

При создании рисунка имагообразов в исследуемой группе более половины девушек (55%) не использовали красный и фиолетовый цвета. Игнорирование красного, цвета оказывающего самое сильное эмоциональное воздействие и одновременно самого теплого цвета, говорит о символическом отвержении у курящих девушек таких

переживаний как любовь, страсть, эротическое начало, вдохновение, а также отсутствие тенденции к самореализации. Отсутствие фиолетового указывает на проблемы в сфере сдержанности и соответствия, меры, выравнивания, равновесия.

Большинство лиц контрольной группы отвергали серый цвет, что подтверждает отсутствие у некурящих девушек депрессивного состояния в большинстве случаев (60%).

По данным теста шкала Гамильтона, нами установлено, что у 10% девушек, страдающих табачной зависимостью, отсутствует депрессия, 75% испытывают легкое депрессивное состояние, а 15% – депрессивное состояние. В группе контроля у 50% депрессия отсутствует, лёгкое депрессивное состояние отмечается у 50% девушек.

При анализе результатов эмоционально-волевого блока опросника Кеттела было установлено, что в контрольной группе девушки имеют тенденцию к сильному контролю своих эмоций и общего поведения. Социально внимательны и тщательны; проявляют то, что обычно называют «самоуважением», и заботу о социальной репутации. В исследуемой группе девушек преобладают лица, которые не руководствуются волевым контролем, не обращают внимания на социальные требования, невнимательны к другим. У них прослеживается тенденцией к непостоянству цели, непринужденности в поведении, нежелание прилагать усилия к выполнению групповых задач, социально-культурных требований. При этом они могут чувствовать себя недостаточно приспособленными. В контрольной группе данные характеристики отсутствуют.

При анализе факторов коммуникативного блока опросника Кеттела было выявлено, что в исследуемой группе 30% склонны к ригидности, холодности, скептицизму и отчужденности. Вещи их привлекают больше, чем люди. Предпочитают работать сами, избегая компромиссов. Склонны к точности, ригидности в деятельности, личных установках. Склонны быть критически настроенными, негибкими, твердыми, жесткими. Эти черты отсутствуют в контрольной группе девушек. В контроле 90% лиц обращены вовне, легки в общении, склонны к добродушию, эмоциональному выражению; готовы к сотрудничеству, внимательны к людям, мягкосердечны, добры, приспособляемы. Предпочитают ту деятельность, где есть занятия с людьми, ситуации с социальным значением. Такие люди легко включаются в активные группы, щедры в личных отношениях, не боятся критики.

Анализ рисунка семьи показал, что отверженными в своей семье чувствуют себя 10% девушек исследуемой группы (что не выявлено у некурящих). Разобщенность и слабость эмоциональных контактов членов семьи курящих девушек наблюдается в 4 раза чаще, чем в семьях некурящих (40% и 10% соответственно). У 70% табакозависимых девушек есть конфликтные отношения в семье (по сравнению с 40% некурящих). При этом тесные эмоциональные контакты между членами семьи чаще имеются у некурящих девушек, по сравнению с курящими (60% и 20% соответственно).

В результате анкетирования установлено, что средний возраст формирования никотиновой зависимости составляет 16,3 года. Продолжительность курения к 22 годам составляет в среднем 5,4 года. Количество выкуриваемых сигарет составляет 9,5 штук/сутки. В 85% случаев в семье имелись табакозависимые лица. Причиной начала курения 45% опрошенных считают общение в курящей компании, 25% – связывают со стрессом и переживаниями, еще 25% утверждают, что начали курить из любопытства, а 5% опрошенных указывают в качестве причины курящих родителей. Большинство девушек (65%) чаще курят в компании. При этом для 45% курение является, по их утверждению, просто «привычкой»; 20% считают, что таким образом «отвлекаются»; 15%, что «расслабляются»; 10% «успокаиваются»; 10% «снимают стресс». Отношение родителей к курению в 80% случаев является негативным, 10% относятся индифферентно, еще 10% не знают о зависимости. Отношение молодого человека (мужа) к курению в 65% негативное, 15% индифферентное, у 20% опрошенных молодой человек (муж) отсутствует.

Выводы. Таким образом, анализ кататимных образов символдрамы показал, что у испытуемых с табачной зависимостью имеются следующие достоверные различия с контрольной группой: наличие общего тревожно-субдепрессивного фона настроения, подавленное состояние, чувство «зжатости», закомплексованности, снижение самооценки, «застой аффектов», пассивность в общении, дефицит симбиотических отношений в системе «мать-ребенок» и сложности адаптации в социуме – сниженный уровень притязаний, уклонение от трудностей, тенденция к перекладыванию своих обязанностей на других людей, конформное поведение, снижение стремления к самореализации.

Полученные данные показали, что анализ кататимных образов может служить важным методом в изучении механизмов формирования табачной зависимости. Уже на этапе диагностического использования символдрамы наблюдается ряд положительных психотерапевтических эффектов, которые могут быть использованы, в частности, для укрепления мотивированности участия в терапии и создания рабочего альянса с психотерапевтом.

Литература:

1. Аграновский М.Л., Аграновский В.М. Психологические методы воздействия на табачную зависимость // *Вопросы психологии.* – 2003. – №4. – С. 144-145.
2. Вартамян Ф.Е., Шаховский К.П. ВОЗ и борьба с курением в мире: стратегии и тенденции // *Наркология.* – 2003. – № 4. – С. 2-4.
3. Нужный В.П. О потреблении алкоголя и размерах табакокурения в Российской Федерации, по данным российского мониторинга экономического положения и здоровья населения // *Наркология.* – 2006. – № 9.- С. 23-24.
4. Парамонова А.А. Сны наяву: использование метода символдрамы в психоаналитической психотерапии детей и подростков, страдающих нервной анорексией. – Ростов-н-Д: РОСТИЗДАТ, 2005. – С. 144.

5. Bajanowski T., Brinkmann B., Mitchell E.A., Vennemann M.M., Leukel H.W., Larsch K.P., Beike J. Nicotine and cotinine in infants dying from sudden infant death syndrome // *Int. J. Legal. Med.* – 2008. – №122. – P. 23-28.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ ЛИНК ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ: КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ, ОСНОВАННЫЙ НА СИЛЬНЫХ СТОРОНАХ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА

Тюсова О.В., Блохина Е.А., Бушара Н.М., Крупицкий Е.М.

*Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург*

Введение. Целью данного исследования являлось изучение эффективности поведенческой интервенции, направленной на привлечение ВИЧ-инфицированных пациентов, страдающих опиатной зависимостью, в специализированные службы помощи и лечения ВИЧ-инфекции, а также улучшение взаимодействия между наркологической и инфекционной службами.

Методы. В исследовании приняли участие 349 ВИЧ-инфицированных пациентов с опиатной зависимостью, проходивших дезинтоксикационную терапию в городской наркологической больнице Санкт-Петербурга с июля 2012 по май 2014 года. Пациенты были рандомизированы либо в интервентную группу, включавшую 5 сессий с кейс-менеджером в течение последующих 6 месяцев, либо в контрольную группу, получавшую стандартный объем медицинской помощи. Основными показателями эффективности интервенции являлись: обращение в ВИЧ службу в течение 6 месяцев (как минимум 1 визит к инфекционисту) и улучшение показателей CD4 клеток через 12 месяцев. Для статистического анализа данных были использованы методы описательной статистики и регрессионный анализ.

Результаты. Средний возраст участников составил 34 ± 5 лет, 73% были мужчины, с момента установления диагноза ВИЧ-инфекция, в среднем, прошло 7 лет, средний показатель количества CD4 клеток – 354 ± 275 в интервентной и $375 \pm 276 \times 10^9/л$ в контрольной группе. В течение 6 месяцев 45% участников интервентной группы и 30% контрольной группы обратились в ВИЧ службу (AOR 2,2; 95% CI: 1.42-3.41; $p=0.0004$). Средний уровень количества CD4 клеток через 12 месяцев исследования составил 340 ± 226 в интервентной группе и $372 \pm 354 \times 10^9/л$ в контрольной группе (AMD -20.2; 95% CI: -83.3, 42.9, $p=0.53$).

Заключение. Интервенция показала эффективность в отношении привлечения ВИЧ-инфицированных наркозависимых в инфекционную службу и начала диспансерного наблюдения через 6 месяцев. Значимых изменений в показателе уровня CD4 клеток в интервентной

группе через 12 месяцев обнаружено не было, что может свидетельствовать о более длительном промежутке времени между обращением в ВИЧ службу и назначением АРТ для данной категории пациентов.

При поддержке гранта R01DA032082.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА, ПРИВЕДШИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НОВЫХ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ

Хуснутдинова З.А., Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Рахматуллин Э.Р., Гильманшина А.И.

*Башкирский ГПУ им. М. Акмуллы
Республиканский наркологический диспансер №1
Центр социальной адаптации «Актау»
Уфа*

Введение. Злоупотребление психоактивными веществами в современном мире представляет одну из наиболее острых социально-экономических, демографических и нравственных проблем, масштаб которой обуславливает ее отнесение к важнейшим угрозам национальной безопасности Российской Федерации [6]. Среди основных тенденций, характеризующих наркологическую ситуацию в России, наибольшую тревогу вызывает неуклонное омоложение потребителей психоактивных веществ. Так, основной контингент потребителей наркопрепаратов, это молодые люди в возрасте от 14 до 30 лет, то есть интеллектуальное и физическое будущее нашей страны [11].

Учитывая актуальность проблемы наркоситуации для российского общества, Указом Президента РФ от 9 июня 2010 г. N 690 была утверждена Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, где значительное место отведено вопросам необходимости совершенствования системы реабилитации наркопотребителей.

Анализ научной литературы свидетельствует о том, что на сегодняшний день остаются недостаточно изученными социально-психологические аспекты контингента лиц, находящихся в состоянии длительной ремиссии в условиях реабилитационных центров для наркопотребителей, являющиеся не только предикторами формирования аддиктивного поведения, но и условием мотивации на их участие в реабилитационных программах и повышения эффективности реабилитации.

Следует также отметить, что основная часть подобных научных работ посвящена изучению лиц, употребляющих опиийную группу наркотических препаратов [4, 10]. Кроме того, объектом психологических исследований личность наркомана становится, как правило, на поздних стадиях наркотизации [2]. Другой вариант, когда психодиагностике подвергаются лица в момент активного употребления наркотических веществ, находящиеся

на лечении в наркологическом стационаре, либо, правонарушители, злоупотребляющие психоактивными веществами, находящиеся в воспитательных колониях [9, 1]. Зачастую же мишенью психосоциодиагностических исследований, становится группа молодых людей без опыта употребления наркотических веществ, с целью распознавания основных моментов, ведущих к развитию заболевания наркомании [3]. В последнем случае, не всегда удается отследить, как полученные данные влияют на профилактику развития аддиктивного поведения.

Целью данного исследования является медико-социальная и индивидуально-личностная характеристика пациентов реабилитационного центра, находящихся в состоянии ремиссии три месяца и более.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Центра Социальной Адаптации «Актау» г. Уфы Республики Башкортостан. Объем исследования составил 119 пациентов в возрасте от 18 до 28 лет, в т.ч. 108 (90,8%) мужчин и 11 (9,2%) женщин.

С целью получения медико-социальной характеристики реабилитантов, ретроспективного анализа их жизни и воспитания в семье в детско-подростковом возрасте, с точки зрения выявления возможных факторов, способствовавших формированию у них зависимого поведения, нами использован социологический метод (анонимное анкетирование раздаточным способом) по специально разработанной программе – анкете, состоящей из 25 вопросов, в основном закрытого типа.

Для определения типа личности респондентов и вероятности наличия у них личностных расстройств применялись методики Дж. Олдхэма-Л. Морриса и сокращенный многофакторный опросник (Мини-мульти) для исследования личности (ММПИ).

В основу опросника Дж. Олдхэма и Л. Морриса положена классификация расстройств личности «Американской психиатрической ассоциации» (DSM-IV) и применяемый в США тест «Экспертиза расстройства личности». Несмотря на клиническую направленность, данный тест позволяет выявить варианты развития «нормальных» типов личности, так и их акцентуаций со всеми переходами от нормы к психической патологии. Он оценивает выраженность следующих типов личности: А «Бдительного», В «Отшельника», С «Идеосинкратического», D «Авантюрного», E «Деятельного», F «Драматического», G «Самоуверенного», H «Чувствительного», I «Преданного», J «Добросовестного», K «Праздного», L «Агрессивного», M «Альтруистического», N «Серьезного» [12].

Многофакторный опросник ММПИ был предложен в 1940–1950 гг. американскими психологами, а в 1960-х гг. он был адаптирован и представлен в русскоязычном варианте в НИИ им. В.М. Бехтерева Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым. Опросник Мини-мульти представляет собой сокращенный вариант ММПИ, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные [5].

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Statistica 14.0. С

целью оценки статистической значимости различий использовались критерий Пирсона и значение р-уровня.

Результаты и обсуждения. Анонимный опрос 119 пациентов негосударственного реабилитационного центра позволил получить некоторый социально-демографический портрет реабилитанта. Все респонденты находились в наиболее активном трудоспособном возрастном периоде: в возрасте от 18 до 20 лет были 14,9% респондентов, 20-25 лет – 16,5%, 26-35 лет – 27,3% и в возрасте от 35 до 40 лет – 22,3% опрошенных. 90,8% реабилитантов это лица мужского пола. Основное большинство респондентов имели профессиональное образование, в том числе высшее образование – 41,3%, среднее и начальное профессиональное образование – 38,9% участников исследования. Каждый второй (49,6%) респондент имел детей.

По нашим данным, в семьях респондентов в воспитании детей в основном доминировали следующие подходы и методы, а именно: поощрялось проявление самостоятельности (34% ответов); рациональное убеждение (17,3%); родители учили собственным примером (8%); в основном применялись поощрения хорошего поведения (7%); приветствовалось отстаивание своей точки зрения (1,8%). В то же время, в части ответов были отмечены искаженные с точки зрения педагогики методы, в частности требования со стороны родителей беспрекословного послушания и покорности (22,8% ответов). 9,1% реабилитантов отметили, что они к требованиям родителей относились безразлично.

Среди основных мотивов начала употребления ими наркотических средств респонденты отметили, прежде всего, стремление повысить настроение, неуверенность в себе (30,8%), уход от проблем реальной жизни (20,7%), желание расслабиться, снять внутренний дискомфорт и напряженность (16,5%), любопытство (15,7%), отсутствие жизненной ориентации, целей, планов (6,5%), поиск источника вдохновения (5,7%), повышение работоспособности (4,1%), т.е. мотивы в основном имели индивидуально-личностный характер.

В ходе нашего исследования, выделены определенные ведущие качества респондентов, которые формируют и составляют основные характерологические свойства личности, определяют его поведение, а в некоторых случаях являются его акцентуацией.

Так, например, 45 человек (37,8%) отвечали на вопросы утвердительно, определяющие их личность как «Чувствительная». Данная шкала H (чувствительный тип личности) опросника Олдхэма-Морриса коррелирует со шкалой D (депрессия) сокращенного многофакторного опросника для исследования личности ($r=0,36$, $p\leq 0,001$). Также, корреляция по шкале «Чувствительного типа личности» присутствует со шкалой (Se) шизоидности многофакторного опросника ($r=0,3$, $p\leq 0,01$).

34 респондента (28,6%) ответили утвердительно на вопросы, результаты которых характеризуют у них тип личности под названием «Серьезный». Данная шкала N (серьезный тип личности) положительно коррелирует

со шкалой D (депрессия) сокращенного многофакторного опросника для исследования личности ($r=0,4$, $p\leq 0,001$). Также корреляции прослеживаются в следующих результатах: со шкалой (Hs) ипохондрия ($r=0,2$, $p\leq 0,05$); со шкалой (Pt) психастения ($r=0,2$, $p\leq 0,01$); со шкалами (Ma) – гипомания ($r=0,3$, $p\leq 0,001$) и (Se) шизоидности ($r=0,3$, $p\leq 0,001$).

Также достаточно высокие результаты, приближающиеся к максимальным значениям, показаны в ответах, характеризующих личности «Шизоидного» типа, согласно сокращенному многофакторному опроснику для исследования личности – 41 человек (34%). Прослеживается корреляция со шкалой (Se) шизоидности ($r=0,2$, $p\leq 0,05$). Со шкалой – (D) депрессия, значения относительно выше ($r=0,3$, $p\leq 0,001$).

Наличие элементов типа личности под названием «Праздный» обнаружили у себя 32 человека (27%). Коэффициенты корреляции и вероятности по шкалам опросника MMPI следующие: шкала (Ma) – гипомания ($r=0,4$, $p\leq 0,001$); шкала – (D) депрессия, значения относительно выше – ($r=0,4$, $p\leq 0,001$); шкала (Se) шизоидность ($r=0,3$, $p\leq 0,001$).

У каждого четвертого (25%) в структуре личности выявлены качества, присущие «Агрессивному» типу. Положительная корреляция прослеживается со шкалой многофакторного сокращенного опросника (Ma) – гипомания ($r=0,45$, $p\leq 0,001$).

Отдельно нужно отметить результаты оценки значений шкал L (шкала лжи), F (шкала достоверности), K (шкала коррекции), полученных после прохождения сокращенного многофакторного опросника MMPI.

Как известно, шкала лжи (L) оценивает искренность испытуемого. Чем ниже значения по данной шкале, тем менее выражена тенденция испытуемого представить себя в более выгодном свете. Тестируемые склонны, скорее преувеличивать, чем недооценивать тяжесть собственных отмечающихся симптомов и степень возможной личностной неадекватности. В нашем случае, более чем у половины тестируемых (54,0%) отмечены низкие значения по данной шкале. И, только лишь у 7,5%, значения приближаются к максимальным.

Шкала достоверности (F) выявляет недостоверные ответы. Критерий интерпретации значений данной шкалы схож с предыдущим: чем больше значение по этой шкале, тем менее достоверны результаты. У 45,0% опрошенных значения по шкале достоверности были низкими. У оставшейся части, значения либо приближаются к высоким, либо являются высокими. Высокие значения по данной шкале возможны в случае преобладания у человека черт, присущих шизоидному типу личности, у лиц, склонных к психопатоподобному поведению, у подростков, в период формирования личности, а также, у лиц, с выраженной тревожностью.

Шкала коррекции (K) сглаживает искажения, вносимые чрезмерной осторожностью и контролем испытуемого во время тестирования. Высокие показатели по этой шкале говорят о неосознанном контроле поведения.

В случае наших испытуемых, только лишь у 10% определяются высокие значения. Высокий показатель говорит о возможности личности определять свое поведение в зависимости от социального одобрения и озабоченность своим социальным статусом. Низкие значения оцениваются как прогностически благоприятный признак.

Заключение. Резюмируя вышеописанное и подводя итоги, не правильным будет сказать, что люди, обладающие определенным типом личности, непременно станут наркоманами. Наркомания – болезнь мультифакториальная и существенным фактором в развитии наркоманической личности, является присутствие определенных личностных девиаций в преморбиде. Так, в ходе нашего исследования было выявлено, что люди, имеющие в структуре своей личности депрессивный, шизоидный и гипоманиакальный тип поведения, наиболее чаще подвержены развитию аддиктивного поведения. Об этом свидетельствуют корреляция большинства полученных шкал по методике определения типа личности и вероятности личностных расстройств Дж.Олдхэма-Л.Морриса со шкалами (Ma) – гипомания, (D) – депрессия, (Se) – шизоидность сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (MMPI). В то же время, нельзя не принимать во внимание характерные изменения личности, происходящие в процессе употребления наркотического средства.

Таким образом, выявление личностных предикторов к формированию и развитию аддиктивного поведения, могут найти практическое применение в области разработки первичных антинаркотических профилактических программ среди здорового населения, путем выявления групп риска и дальнейшей прицельной работой с данными лицами.

Литература:

1. Аболонин А.Ф. Личностные особенности несовершеннолетних правонарушителей, страдающих различными формами зависимости от психоактивных веществ (гендерный аспект) / А.Ф. Аболонин, И.А. Назарова, Н.В. Асланбекова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2014. – № 1. – С. 22-28.
2. Андропова Н.В. Социально-биологическая и клиническая характеристика лиц, перенесших интоксикационный психоз вследствие употребления синтетических психоактивных веществ. / Н.В. Андропова, О.П. Бурлака, Н.Н. Максименко // *Электронный научный журнал «Aprigori. Серия: естественные и технические науки»*. – 2015 – №3. – С.3-10.
3. Григорец Ф. И. Социологический анализ отношения молодежи приморского края проблеме наркотиков / Ф. И. Григорец // *Власть*. – 2009. – №7 – С.108-110.
4. Ерофеева М.Г. Личностные особенности наркозависимых с разным стажем употребления героина с учетом гендерных различий: автореф. дис. к. псих.наук. – Санкт-Петербург, 2006. – 32 с.
5. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ / В.П. Зайцев // *Актуальные вопросы восстановительной медицины*. – 2004. – № 2. – С. 17-19.

6. Проблема употребления наркотиков среди молодежи и пути ее решения / Н.Н. Иванец, В.В. Киржанова, Е.В. Борисова, Н.И. Зенцова // *Вопросы наркологии*. – 2010. – №3. – С. 88-95.
7. Каклюгин Н.В. – «Синтетическая» Россия: прогрессирующее самоубийство наркотизирующейся молодежи // *Проблемы и перспективы*. – 2014. – №4 – С.1-27.
8. Проблемы криминалистического исследования новых психоактивных веществ / Е.Б. Мельников, К.П. Дюгаев, А.Г. Михайличенко, Е.В. Гончаров // *Вестник Сибирского юридического института ФСКН России*. – 2014. – №1. – С.54-61.
9. Менделевич В.Д. *Клиническая и медицинская психология*. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 432 с.
10. Парахина М.В. *Психофизиологические и психологические особенности опийных наркозависимых в разные периоды ремиссии: автореф.дис. к. псих. наук*. – Ростов-на-Дону, 2003. – 175 с.
11. Севрюков, А.П. *Молодёжь и наркотики // Анти-наркотическая безопасность*. – 2014. – № 1. – С.85-88.
12. Щербатых, Ю.В. *Русифицированная версия теста Олдхэма-Морриса – эффективный инструмент профессионального отбора и семейного консультирования // Сборник материалов региональной межвузовской конференции ВФ МГЭИ*. – Воронеж, 2008. – С. 41-43.
13. *Цели и мишени первичной профилактической программы «Здоровая семья» / В.Л. Юлдашев, А.Р. Асадуллин, Э.А. Ахметова, Э.Р. Рахматуллин // Медицинский вестник Башкортостана*. – 2015. – № 4. – С.5-9.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

А		
Абасова Г.Б.	332	
Абдуллаева В.К.	133, 333	
Абдуллаев Т.Р.	217	
Аладашвили Т.	219	
Алексеев А.А.	276	
Алексеев Б.Е.	6	
Алиева Л.М.	158, 213	
Алкеева-Костычева Е.А.	10, 222	
Арсеньева Т.Б.	139	
Арчаков Д.С.	263	
Асадуллин А.Р.	362	
Ахметова Л.Ш.	290	
Ахметова Э.А.	362	
Ашнокова И.А.	316	
Б		
Бабаева Е.Г.	233	
Бабарахимова С.Б.	219	
Бабин С.М.	15	
Бадалов А.А.	24	
Баева А.С.	222	
Балкарей М.Б.	63	
Балунов О.А.	305	
Баранов В.С.	360	
Барыльник Ю.Б.	282	
Баурова Н.Н.	117	
Бибчук М.А.	186, 221	
Бедина И.А.	10, 222	
Бейбалаева Т.З.	290	
Бельцева Ю.А.	223	
Беникова Е.В.	250	
Березина А.А.	350	
Березкин Д.В.	27	
Блохина Е.А.	336, 362	
Бобрик Ю.В.	224	
Бойченко А.А.	279	
Борисова Д.Ю.	225	
Бочаров В.В.	226, 320, 336	
Бронская Л.М.	139	
Бугорский А.В.	30	
Булатникова М.А.	34	
Бутома Б.Г.	86, 103	
Бушара Н.М.	362	
В		
Васильева А.В.	38, 217	
Ветрова М.В.	336	
Вобленко Р.А.	263	
Воликова О.В.	290	
Волкова И.А.	34	
Г		
Габрильянц М.А.	337	
Гажа А.К.	227, 228, 229	
Галако Т.И.	24	
Гарипова Р.В.	252	
Гебель К.М.	44, 256	
Гильманшина А.И.	362	
Глазкова Т.Н.	229	
Глушкова А.В.	47, 230	
Головина А.Г.	231	
Гомзякова Н.А.	311	
Гонжал О.А.	232	
Горелик А.Л.	308, 310, 320, 325	
Гречаный С.В.	50, 53, 182	
Григорьева Е.В.	233	
Грозовская М.С.	222	
Громыко Д.И.	347, 349	
Гуреева И.Л.	311	
Гусева Н.В.	234	
Гусева О.В.	55	
Д		
Дементьева О.В.	307	
Джалилова З.О.	341, 348	
Днов К.В.	117, 278	
Дорофеева С.А.	318	
Дорофейкова М.В.	235	
Дрибноходова О.П.	258	
Дружинин А.К.	308, 310, 320	
Дубинина Л.А.	359	
Дубицкая Е.А.	121, 125	
Дунаева Е.А.	258	
Дутов В.Б.	63	
Е		
Евдокимов С.А.	250	
Евтушенко Е.М.	294	
Емельянов В.Д.	327	
Емельянцева Т.А.	237, 239, 240	
Ермакова А.А.	241	
Ерошина О.С.	296	
Ершов Е.Е.	242, 290, 291	
Ефимова Е.В.	59	
З		
Загоруйко Е.Н.	244	
Зайцев В.В.	63	
Залуцкая Н.М.	223	
Зенцова Н.И.	342	
Зиновьев С.В.	245	
Золотова А.А.	244	
Зуева Ж.В.	246	
И		
Иванова А.А.	67	
Иванов М.В.	291	
Ивашенко Д.В.	242, 290, 291	
Ильюшкина Е.В.	347	
Илюк Р.Д.	341, 347, 348, 349	
Исаева Е.Р.	311	
Искандарова Ж.М.	219	
К		
Казаковцев Б.А.	72, 247	
Каледа В.Г.	131	
Караваева Т.А.	77, 217	
Карась С.И.	248, 257	
Киличев И.А.	312, 314	
Киселев А.С.	341, 347, 348, 349, 359	
Киссин М.Я.	320	
Кишка Т.Н.	249	
Климанова С.Г.	350	
Кобозова К.А.	351	
Ковпак Д.В.	82	
Ковшова О.С.	352	
Кожадей Е.В.	53	
Кожушко Н.Ю.	250	
Козловский В.Л.	325	
Корендюхина А.О.	342	
Косова Е.О.	298	
Костиков О.Н.	229	
Костина Н.В.	251	
Коцюбинская Ю.В.	316, 318	
Коцюбинский А.П.	55, 86	
Кравченко Н.Е.	231	
Кропотов Ю.Д.	260	
Крупичский Е.М.	242, 291, 336, 359, 362	
Кузнецов В.В.	353	
Кузьмина С.В.	252	
Куклина А.М.	253	
Кулаков С.А.	91	
Кулинченко А.В.	224	
Курасов Е.С.	351	
Л		
Ларионова В.И.	34	
Лебедева Г.Г.	254	
Лемешко К.А.	95, 136	
Лиманкин О.В.	44, 256	
Липагова Л.В.	320, 330	
Лисина А.А.	172	
Литвин А.С.	298	
Лопушанская Т.А.	316	
Лукомская М.И.	257	
Лукошкина Е.П.	217	
Лутова Н.Б.	167	
Лучкина Н.Д.	139	
Лысенко И.С.	151	
Лыткин В.М.	117	
Ляшковская С.В.	97, 151	

М			
Мазо Г.Э.....	330	Пудиков И.В.....	95, 136
Максимов Д. Е.....	257	Пушкина Т.П.....	244
Малюкова Н.Г.....	319	Р	
Марушкина А.В.....	237, 239, 240	Рахматуллин Э.Р.....	362
Матвеев Ю.К.....	250	Резаков А.А.....	271
Матюшкина А.А.....	319	Резникова Т.Н.....	273, 284
Машошин А.И.....	158, 213	Рогачева Т.В.....	354
Медведев С.Э.....	103, 199	Рогов А.В.....	268, 269
Мелешенко Т.В.....	353	Родионова Е.Ю.....	326
Мионов К.О.....	258	Романова Е.В.....	274, 275
Митихин В.Г.....	158, 213	Романов Д.В.....	251
Михайлов В.А.....	308, 310, 318, 320, 324	Румянцев А.О.....	131
Михалевская О.В.....	222	Рупчев Г.Е.....	139, 276
Можгинский Ю.Б.....	107	Рутковская Н.С.....	277, 278
Моисеенко Г.А.....	260	Рыбакова К.В.....	359
Мубаракова К.В.....	342	Рыбалко В.О.....	201
Муравьева С.В.....	260	Рычкова О.В.....	142
Мустафина К.А.....	350	Ряполова Т.Л.....	146, 279
Мухитова Ю.В.....	311	С	
Н		Саидхонова Ф.А.....	280
Назарова Н.Р.....	110, 114	Самойлова Д.Д.....	282
Нарышкин А.Г.....	308, 310, 325	Саттарова А.С.....	262
Насырова Р.Ф.....	242, 290, 291	Сафонова Н.Ю.....	316, 318
Невмержицкая Т.А.....	237, 239, 240	Святенко В.С.....	349
Незнанов Н.Г.....	223	Севрюгин Д.В.....	283
Нечипоренко В.В.....	117	Селиверстова Н.А.....	273, 284
Никитин Л.Н.....	261	Селькин М.Д.....	311
Ножка М.Н.....	245	Семенова Н.В.....	47, 151
Носачев Г.Н.....	121, 125	Семенова Н.Д.....	155
Носачев И.Г.....	121, 125	Семин С.А.....	351
Нуркатов Е.М.....	262	Симон Ю.А.....	254
Нюхалов Г.А.....	129	Синёва А.И.....	284
О		Синенченко А.Г.....	245
Овчинникова Е.Ю.....	263	Скрябина К.В.....	172
Омельченко М.А.....	131	Слесарева Г.М.....	286, 287
Орлов Ф.В.....	261	Случевская С.Ф.	15
Орманова Ж.А.....	332	Смагулов Б.С.....	287
Осадший Ю.Ю.....	263	Смирнова Д.А.....	289
П		Солохина Т.А.....	158, 162, 213
Павличенко А.В.....	265	Сорокин М.Ю.....	167
Палин А.В.....	155	Сосина К.А.....	242, 290, 291
Панков В.А.....	267	Сосин Д.Н.....	242, 290, 291
Панченко С.И.....	268, 269	Станкевич А.А.....	169
Петрова Н.Н.....	235	Старикова Н.Л.....	307
Пикиреня В.И.....	269	Старых М.В.....	169
Полвонов Р.О.....	133	Стрельник А.И.....	360
Поляева А.А.....	352	Стрельник С.Н.....	172, 263, 293, 360
Поляков Ю.И.....	34, 260	Стрельцова Е.А.....	241
Пономарева Е.А.....	250	Суманов Е.В.....	24
Поцелуйко А.А.....	325	Т	
Прокопенко Ю.А.....	299	Тараканова Е.А.....	263
Пронина М.В.....	260	Тараскина А.Е.....	242, 291
		Тепляшина В.В.....	290
		Тимербулатов И.Ф.....	294
		Трусова А.В.....	350
		Тулупова О.В.....	227, 228, 229, 296
		Тюсова О.В.....	362
		Тявокина Е.Ю.....	245
		Ф	
		Федоров Я.О.....	67, 174
		Федотов И.А.....	302
		Фесенко Е.В.....	297
		Фесенко Е.Ю.....	297
		Фесенко Ю.А.....	179
		Фоменко А.Н.....	182
		Х	
		Хайретдинов О.З.....	186
		Ханько А.В.....	188
		Холмогорова А.Б.....	142
		Хуснутдинова З.А.....	362
		Хяникяйнен И.В.....	324
		Ц	
		Цекин В.П.....	222
		Ч	
		Чалдышкин А.В.....	298
		Чернов П.Д.....	151
		Чубрикова А.....	151
		Чурбакова О.Ю.....	299
		Чутко Л.С.....	326
		Ш	
		Шадров В.В.....	192
		Шайтор В.М.....	327
		Шамаева А.Н.....	350
		Шафиева Я.Р.....	351
		Шелепин Ю.Е.....	260
		Шигашов Д.Ю.....	195
		Шиканова Е.А.....	67
		Шипкова К.М.....	300
		Шипулин Г.А.....	258
		Шишкова А.М.....	226, 336
		Штарк Л.Н.....	301
		Шувалова Т.В.....	129
		Шустов Д.И.....	302
		Э	
		Эйдемиллер Э.Г.....	199, 303
		Я	
		Яковлева Ю.А.....	327
		Якунина О.Н.....	330
		Ярославцева Т.С.....	336
		Ясникова Е.Е.....	201
		Ястребова В.В.....	158, 213
		Ястребов В.С.....	162, 206

СОДЕРЖАНИЕ

МОДЕСТ МИХАЙЛОВИЧ КАБАНОВ К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ	4	КОНЦЕПЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НИПНИ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА И ШКОЛА ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ Г.А. АМОА – 40 ЛЕТ СОТРУДНИЧЕСТВА Васильева А.В.	38
РАЗДЕЛ 1. ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ		РАЗВИТИЕ РЕЗИДЕНЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Гебель К.М., Лиманкин О.В.	44
СТАТЬИ		К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ И УСЛОВИЯХ ТРУДА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Глушкова А.В., Семенова Н.В.	47
КОМБИНИРОВАННАЯ КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА Алексеев Б.Е.	6	КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И АБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА Гречаный С.В.	50
ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СО СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Алкеева-Костычева Е.А., Бедина И.А.	10	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ С УСТАНОВКАМИ ПАЦИЕНТОК НА МАТЕРИНСТВО И БРАК Гречаный С.В., Кожадей Е.В.	53
ПСИХОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИИ – СТАНОВЛЕНИЕ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ Бабин С.М., [Случевская С.Ф.]	15	ТРЕНИНГ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Гусева О.В., Коцюбинский А.П.	55
РОЛЬ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СИНДРОМА ИКАРА Бадалов А.А., Суманов Е.В., Галако Т.И.	24	ДЕЗАДАПТАЦИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ТУЛГУ) Ефимова Е.В.	59
ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕНИ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РЕЗИДУАЛЬНО- ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ПРОЦЕССЕ ПРОХОЖДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ Березкин Д.В.	27	ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ Зайцев В.В., Балкарей М.Б., Дутов В.Б.	63
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Бугорский А.В.	30	СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ «БЕСПЕРСПЕКТИВНОГО» ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Иванова А.А., Федоров Я.О., Шиканова Е.А.	67
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОЙ С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ОДНОРОДИТЕЛЬСКОЙ ДИСОМИЕЙ В ЛОКУСЕ 15Q11.2, С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ ОЖИРЕНИЯ, ОСЛОЖНЕННОЙ АКИНЕТИКО-РИГИДНЫМ СИНДРОМОМ Булатникова М.А., Волкова И.А., Ларионова В.И., Поляков Ю.И.	34	ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ Казаковцев Б.А.	72
		КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ Караваева Т.А.	77

МЕТОДЫ «ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ» КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОГИ Ковпак Д.В.....	82	ВОПРОСЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИЗ ГРУППЫ ПСИХОТИЧЕСКОГО РИСКА Омельченко М.А., Румянцев А.О., Каледа В.Г.....	131
СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ (С ОТКРЫТЫМИ ДВЕРЯМИ) И ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР КАК НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА В СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г.....	86	КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ Полвонов Р.О., Абдуллаева В.К.....	133
МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЯМИ Кулаков С.А.....	91	ОПЫТ ГРУППОВОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ Пудиков И.В., Лемешко К.А.....	136
ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИМБИОЗ КАК ФАКТОР ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ Лемешко К.А., Пудиков И.В.....	95	ГРУППОВАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЖЕНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Рупчев Г.Е., Бронская Л.М., Лучкина Н.Д., Арсеньева Т.Б.....	139
ТИПОЛОГИЯ МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА Ляшковская С.В.....	97	ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ Рычкова О.В., Холмогорова А.Б.....	142
ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Медведев С.Э., Бутома Б.Г.....	103	РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ КАК СРЕДСТВО ИНТЕГРАТИВНОЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Ряполова Т.Л.....	146
ПСИХОТЕРАПИЯ И ЛЕКАРСТВО Можгинский Ю.Б.....	107	СТИГМАТИЗАЦИЯ И ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯ В КОНТЕКСТЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д., Чубрикова А.....	151
РАБОТА С ЭМОЦИЯМИ В АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Назарова Н.Р.....	110	ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: ВОЗДЕЙСТВИЕ НА КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ШКАЛЫ VACS Семенова Н.Д., Палин А.В.....	155
ФУНКЦИИ И РОЛИ АРТ-ТЕРАПЕВТА В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЕ СПЕЦИАЛИСТОВ Назарова Н.Р.....	114	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ИХ ЛЕЧЕНИЮ И СТРАТЕГИИ ЕЕ ПОВЫШЕНИЯ Солохина Т.А., Митихин В.Г., Ястребова В.В., Алиева Л.М., Машошин А.И.....	158
ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Баурова Н.Н., Днов К.В.....	117	ИННОВАЦИОННО-РЕФОРМАТОРСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ Солохина Т.А., Ястребов В.С.....	162
К ДИСКУРСУ О КЛАССИФИКАЦИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РАЗВИТИИ ДЕМЕНЦИИ Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.....	121	ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРУКТУРЫ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ НА КОМПЛАЙЕНС У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б.....	167
ОТРИЦАНИЕ ЛЕГКИХ РАССТРОЙСТВ СОЗНАНИЯ (ОБНУБИЛЯЦИЯ, АСТЕНИЧЕСКАЯ СПУТАННОСТЬ) В НЕВРОЛОГИИ: КЛИНИКА, КОМПЕТЕНТНОСТЬ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.....	125		
CASE-MANAGEMENT В ПСИХОТЕРАПИИ: ОПЫТ МОДИФИКАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ РАЗБОРОВ Нюхалов Г.А., Шувалова Т.В.....	129		

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ УБИЙСТВО РОДИТЕЛЕЙ Станкевич А.А., Старых М.В.....	169	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАЗРАБОТКА МЕР ПО ЕЕ ПОВЫШЕНИЮ Ястребова В.В., Солохина Т.А., Митихин В.Г., Алиева Л.М., Машошин А.И.....	213
ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА И НАВЯЗЧИВОСТЕЙ СУБКЛИНИЧЕСКОГО УРОВНЯ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Стрельник С.Н., Скрыбина К.В., Лисина А.А.....	172	РАЗДЕЛ 1. ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	
СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ Федоров Я.О.....	174	ТЕЗИСЫ	
МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ СПОСОБЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ Фесенко Ю.А.....	179	ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Абдуллаев Т.Р., Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П.....	217
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА КАК МЕТОД ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ Фоменко А.Н., Гречаный С.В.....	182	АРТ-ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ Аладашвили Т.....	219
СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОТИЧЕСКИХ И АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ Хайретдинов О.З., Бебчук М.А.....	186	ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ У ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.....	219
СПЕЦИФИКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Ханько А.В.....	188	ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫМ ДЕТЯМ: ОГРАНИЧЕНИЯ И РЕСУРСЫ Бебчук М.А.....	221
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА ПРОЯВЛЕНИЯ НАСИЛИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Шадров В.В.....	192	ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКАМ ПОГИБШИХ В АВИАКАТАСТРОФЕ САМОЛЕТА А-321 В ЕГИПТЕ Бедина И.А., Басва А.С., Алкеева-Костычева Е.А., Михалевская О.В., Грозовская М.С., Цекин В.П.....	222
БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ АНОМАЛИЙ ЛИЧНОСТИ, ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ ВИКТИМНОСТЬЮ Шигашов Д.Ю.....	195	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С СУБЪЕКТИВНОЙ ГОТОВНОСТЬЮ К ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ГОСПИТАЛИЗМА Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г.....	223
РАЗВИТИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО НАПРАВЛЕНИЯ М.М. КАБАНОВА В ИНТЕГРАТИВНОМ МЕТОДЕ АНАЛИТИКО-СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э.....	199	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ И БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ АЭРОФИТОТЕРАПИИ Бобрик Ю.В., Кулинченко А.В.....	224
СТАДИИ ПРИНЯТИЯ ФАКТА БОЛЕЗНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ КАК РЕСУРС ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ Ясникова Е.Е., Рыбалко В.О.....	201	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Борисова Д.Ю.....	225
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РОССИИ (ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОСТЬ, КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ) Ястребов В.С.....	206		

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ И/ИЛИ АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Бочаров В.В., Шишкова А.М.....	226	РАЗРАБОТКА ЛОГИСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Емельянцева Т.А., Марушкина А.В., Невмержицкая Т.А.....	237
КРИТЕРИИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ, СОВЕРШИВШИМИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА Гажа А.К., Тулупова О.В.....	227	РАЗРАБОТКА МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОГНОЗА ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОДОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ Емельянцева Т.А., Марушкина А.В., Невмержицкая Т.А.....	239
СОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ Гажа А.К., Тулупова О.В.....	228	РАЗРАБОТКА КАРТЫ ЭКСПЕРТНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В СООТВЕТСТВИИ С КОДАМИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) Емельянцева Т.А., Невмержицкая Т.А., Марушкина А.В.....	240
ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ Гажа А.К., Тулупова О.В.....	229	ОПЫТ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ Ермакова А.А., Стрельцова Е.А.....	241
РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК МЕТОД МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ Глазкова Т.Н., Костиков О.Н.....	229	ОЦЕНКА АССОЦИАЦИИ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРА 5HT _{2A} С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИКАМИ I И II ГЕНЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Ершов Е.Е., Иващенко Д.В., Сосин Д.Н., Сосина К.А., Тараскина А.Е., Насырова Р.Ф., Крупицкий Е.М.....	242
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ Глушкова А.В.....	230	ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ Загоруйко Е.Н., Пушкина Т.П., Золотова А.А.....	244
ПСИХООБРАЗОВАНИЕ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Головина А.Г., Кравченко Н.Е.....	231	КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДНЫЕ ПОПЫТКИ (ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА) Зиновьев С.В., Ножка М.Н., Синенченко А.Г., Тявокина Е.Ю.....	245
РАЗМЫШЛЕНИЯ О КЛИЕНТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЯХ КАК ИНТЕГРАТИВНОЙ ОСНОВЕ ДЛЯ АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКИХ ЗАТРУДНЕНИЙ Гонжал О.А.....	232	ДОСТИЖЕНИЕ ПСИХОАНАЛИЗА – КАДР, КАК МЕСТО ДЛЯ ВОЗВРАЩЕНИЯ НЕГАТИВА Зуева Ж.В.....	246
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА Григорьева Е.В., Бабаева Е.Г.....	233		
СОЗДАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ В МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ Гусева Н.В.....	234		
АНАЛИЗ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ВО ВНЕБОЛЬНИЧНОМ ЗВЕНЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИПРАГМАЗИИ И ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ФАКТОРЫ Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н.....	235		

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИИ Казаковцев Б.А.....	247	РАЗРАБОТКА ТЕСТОВ НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИИ ПИРОСЕКВЕНИРОВАНИЯ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ПОДБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ Миронов К.О., Дрибноходова О.П., Дунаева Е.А., Шипулин Г.А.....	258
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ЭКСПЕРТНЫЕ ПРАВИЛА И/ИЛИ АНАЛИЗ ПРЕЦЕДЕНТОВ? Карась С.И.....	248	ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ СЕНСОМОТОРНОЙ НАГРУЗКИ НА ЗРИТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ Муравьева С.В., Пронина М.В., Моисеенко Г.А., Поляков Ю.И., Шелепин Ю.Е., Кропотов Ю.Д.....	260
ИССЛЕДОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ОБЩЕГО ТИПА Кишка Т.Н.....	249	РАБОТА МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Никитин Л.Н., Орлов Ф.В.....	261
ОСНОВНЫЕ ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНЫХ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ОТСТАВАНИЯ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА Кожушко Н.Ю., Беникова Е.В., Евдокимов С.А., Матвеев Ю.К., Пономарева Е.А.....	250	О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ МАСТЕРСКИХ Г. АСТАНЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Нуркатов Е.М., Саттарова А.С.....	262
КОМПЛЕКС ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ Костина Н.В., Романов Д.В.....	251	САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПРОЯВЛЕНИЯХ ФЕНОМЕНА «ОДЕРЖИМОСТИ» Овчинникова Е.Ю., Стрельник С.Н.....	263
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО НАПРЯЖЕННОСТИ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОЦЕНКЕ УСЛОВИЙ ТРУДА Кузьмина С.В., Гарипова Р.В.....	252	ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТАГОНИСТОВ Н-МЕТИЛ-Д-АПСАРТАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ (МЕМАНТИН) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Осадший Ю.Ю., Арчаков Д.С., Тараканова Е.А., Вобленко Р.А.....	263
ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЭТАПНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СТАЦИОНАРНЫХ И ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ Куклина А.М.....	253	ДЕКОНСТРУКЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ: НАСТАЛО ЛИ ВРЕМЯ ЕЕ ПЕРЕИМЕНОВАТЬ? Павличенко А.В.....	265
КОГНИТИВНЫЕ СТИЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ Лебедева Г.Г., Симон Ю.А.....	254	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ОБЩЕГО ТИПА Панков В.А.....	267
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТА В МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Лиманкин О.В., Гебель К.М.....	256	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В ПОЗДНЕМ ВОСТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ОСЛОЖНЕННОМ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ Панченко С.И., Рогов А.В.....	268
ОПЫТ ДОЛГОСРОЧНОЙ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНОЙ С ПСИХОЗОМ Лукомская М.И.....	257	ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ В ПОЗДНЕМ ВОСТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ Панченко С.И., Рогов А.В.....	269
МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДИСПАНСЕРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Максимов Д. Е., Карась С.И.....	257	ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ Пикиреня В.И.....	269

АРТ-ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА Резаков А.А.....	271	РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КАК ФОРМА ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ Слесарева Г.М.....	286
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАССЕЙНЫМ СКЛЕРОЗОМ Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А.....	273	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Слесарева Г.М.....	287
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ Романова Е.В.....	274	ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ТЮРКСКИХ И СЛАВЯНСКИХ ЭТНОСОВ Смагулов Б.С.....	287
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Романова Е.В.....	275	НАРУШЕНИЯ ЯЗЫКА И МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОТ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ К МИШЕНЯМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ Смирнова Д.А.....	289
СПЕЦИФИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ТЕЛА БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЯМИ Рупчев Г.Е., Алексеев А.А.....	276	ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ Сосин Д.Н., Тепляшина В.В., Иващенко Д.В., Сосина К.А., Ахметова Л.Ш., Бейбалаева Т.З., Воликова О.В., Ершов Е.Е., Насырова Р.Ф.....	290
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И РЕЛИГИОЗНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Рутковская Н.С.....	277	ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА РАННИХ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ: АНАЛИЗ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ ДОФАМИНА Сосина К.А., Иващенко Д.В., Ершов Е.Е., Сосин Д.Н., Иванов М.В., Тараскина А.Е., Насырова Р.Ф., Крупицкий Е.М.....	291
ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, СОВЕРШИВШИХ ПОВТОРНЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ Рутковская Н.С., Днов К.В.....	278	ЭТАПНОСТЬ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПОЗИЦИИ ЭКОЛОГО-ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА Стрельник С.Н.....	293
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Ряполова Т.Л., Бойченко А.А.....	279	ОПЫТ МОДЕРНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М.....	294
ОСОБЕННОСТИ БРЕДООБРАЗОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ ПСИХОЗОМИ Саидхонова Ф.А.....	280	РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Тулупова О.В., Eroшина О.С.....	296
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б.....	282	ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ Фесенко Е.В., Фесенко Е.Ю.....	297
МУЛЬТИСЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ Севрюгин Д.В.....	283	ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ Чалдышкин А.В., Литвин А.С., Косова Е.О.....	298
ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНЫХ ЯВЛЕНИЙ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ЭМОЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЙНЫМ СКЛЕРОЗОМ Селиверстова Н.А., Резникова Т.Н.....	284		
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ Синёва А.И.....	284		

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Чурбакова О.Ю., Прокопенко Ю.А.....	299	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОССИЙСКОЙ И БРИТАНСКОЙ МОДЕЛЕЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ: ОБЩЕГО БОЛЬШЕ, ЧЕМ РАЗЛИЧИЙ Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В., Селькин М.Д., Гуреева И.Л., Гомзякова Н.А.....	311
«МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО» У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА Шипкова К.М.....	300	ФАКТОРЫ РИСКА МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЗОНАХ ПРИАРАЛЬЯ Киличев И.А.....	312
КОМОРБИДНОСТЬ ШИЗОФРЕНИИ И ПАРАФИЛИЙ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Штарк Л.Н.....	301	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ Киличев И.А.....	314
ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТИПА ПРИВЯЗАННОСТИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Шустов Д.И., Федотов И.А.....	302	АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ Коцюбинская Ю.В., Сафонова Н.Ю., Ашнокова И.А., Лопушанская Т.А.....	316
ЛЕНИНГРАДСКАЯ ШКОЛА ПСИХОНЕВРОЛОГИИ И М.М. КАБАНОВ КАК ПРЕДТЕЧИ ИНТЕГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Эйдемиллер Э.Г.....	303	КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ АФАЗИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) Коцюбинская Ю.В., Сафонова Н.Ю., Михайлов В.А., Дорофеева С.А.....	318
РАЗДЕЛ 2. НЕВРОЛОГИЯ		РОЛЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ПАЦИЕНТА ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА Матюшкина А.А., Малюкова Н.Г.....	319
СТАТЬИ И ТЕЗИСЫ		ЭПИЛЕПСИЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ Михайлов В.А., Дружинин А.К., Горелик А.Л., Киссин М.Я., Бочаров В.В., Липатова Л.В.....	320
НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НИПНИ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА Балунов О.А.....	305	РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ДЕБЮТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА: ОБОСНОВАНИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА Михайлов В.А., Хяникяйнен И.В.....	324
КОГНИТИВНЫЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПЕРВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Дементьева О.В., Старикова Н.Л.....	307	ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДЕРЕЦЕПЦИИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ Нарышкин А.Г., Козловский В.Л., Горелик А.Л., Поцелуйко А.А.....	325
НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МЕТОДОМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Дружинин А.К., Нарышкин А.Г., Горелик А.Л., Михайлов В.А.....	308	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЕМ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА Родионова Е.Ю., Чутко Л.С.....	326
АКТИВНОСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ВРС У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Дружинин А.К., Нарышкин А.Г., Михайлов В.А., Горелик А.Л.....	310		

СПОСОБ КОНТРОЛЯ И КОРРЕКЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Шайтор В.М., Емельянов В.Д.....	327	СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО МЕНЕДЖМЕНТА В НАРКОЛОГИИ Зенцова Н.И., Мубаракова К.В., Корендюхина А.О.....	342
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Яковлева Ю.А.....	327	ПРЕДИКТОРЫ АГРЕССИИ У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ Ильющкина Е.В., Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Киселев А.С.....	347
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С АФФЕКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ Якунина О.Н., Мазо Г.Э., Липатова Л.В.....	330	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИОИДНЫХ НАРКОТИКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ Илюк Р.Д., Джалилова З.О., Киселев А.С.....	348
РАЗДЕЛ 3. НАРКОЛОГИЯ		ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С КЛИНИЧЕСКИМИ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ Илюк Р.Д., Святенко В.С., Громыко Д.И., Киселев А.С.....	349
СТАТЬИ И ТЕЗИСЫ		ВЛИЯНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Климанова С.Г., Трусова А.В., Березина А.А., Мустафина К.А., Шамаева А.Н.....	350
СОЗАВИСИМОСТЬ: ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПРАКТИКА ПРЕОДОЛЕНИЯ Абасова Г.Б., Орманова Ж.А.....	332	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ «АДДИКТИВНАЯ СКЛОННОСТЬ» В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ Кобозова К.А., Курасов Е.С., Шафиева Я.Р., Семин С.А.....	351
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ Абдуллаева В.К.....	333	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПРОЦЕССЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Ковшова О.С., Поляева А.А.....	352
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ И/ИЛИ АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Бочаров В.В., Шишкова А.М.....	336	ЛОЖНООТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ СДТ-ТЕСТИРОВАНИИ Кузнецов В.В., Мелешенко Т.В.....	353
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРВЕНЦИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ Ветрова М.В., Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Ярославцева Т.С.....	336	ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ Рогачева Т.В.....	354
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКОВЬЮ ПО ВОПРОСАМ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ Габрильянц М.А.....	337	ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ КАЧЕСТВОМ РЕМИССИИ Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М.....	359
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКА ИНЪЕКЦИОННОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИОИДНЫХ НАРКОТИКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ Джалилова З.О., Илюк Р.Д., Киселев А.С.....	341		

СИМВОЛОДРАМА КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ Стрельник А.И., Баранов В.С., Стрельник С.Н.....	360
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ ЛИНК ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ: КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ, ОСНОВАННЫЙ НА СИЛЬНЫХ СТОРОНАХ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА Тюсова О.В., Блохина Е.А., Бушара Н.М., Крупницкий Е.М.....	362
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНО- ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА, ПРИВЕДШИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НОВЫХ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ Хуснутдинова З.А., Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Рахматуллин Э.Р., Гильманшина А.И.....	362
ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	366

Материалы Всероссийского конгресса
с международным участием

**СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ
РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ:
ОТРИЦАНИЕ ОТРИЦАНИЯ**

9-11 июня 2016 года, Санкт-Петербург

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]:
под общей редакцией Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина

СПб.: Альта Астра, 2016

1 электрон, опт. диск (CD-ROM)

Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM;
Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0

ISBN 978-5-905498-50-3